

L’Assurance Emprunteur

Proposition d’assurance pour vos projets
jusqu’à 1 million d’euros



MetLife®



Mode d'emploi
Super Novaterm Crédit



MetLife®



Votre dossier Assurance Emprunteur :
3 étapes pour ne rien oublier !

ETAPE 1

Vérifiez les trois pages de la proposition d'assurance. Les informations doivent bien correspondre à votre projet et ne pas comporter d'erreur (nom, prénoms, date de naissance, adresse complète, le montant du capital assuré, taux d'intérêt, durée du prêt, l'organisme prêteur…). Datez et signez la proposition d'assurance.

ETAPE 2

Complétez les formalités nécessaires : pour connaître la liste des documents requis reportez-vous au tableau des formalités joint dans ce dossier. En cas de doute, sollicitez votre courtier.

- Si vous devez déclarer des sports, des professions ou des séjours à l'étranger, votre courtier mettra à votre disposition les questionnaires spécifiques
- Si vous avez une maladie ou un traitement médical à déclarer, rendez-vous sur le site **www.metlife.fr/mesquestionnaires** pour télécharger les questionnaires correspondants en toute confidentialité. Ils devront être complétés par votre médecin

BON À SAVOIR : Un dossier complet envoyé à MetLife permet une réponse dans les meilleurs délais !





ETAPE 3

Insérez l'ensemble du dossier dans l'enveloppe fournie :

- ✓ La proposition d'assurance
- ✓ L'ensemble des formalités y compris les questionnaires complémentaires et pièces justificatives pour les sports, la profession, les séjours et l'état de santé
- ✓ Le mandat SEPA et votre RIB **OU** un chèque à l'ordre de MetLife selon le mode de paiement choisi
- ✓ Une copie lisible recto-verso de votre pièce d'identité en cours de validité (CNI, Passeport) pour les personnes physiques OU un extrait K-BIS daté de moins de 3 mois pour les personnes morales

N'oubliez pas de dater et signer tous les documents demandés !

MetLife
Service Documents Clients
Cœur Défense – Tour A
110, Esplanade du Général de Gaulle
92 931 LA DEFENSE Cedex



Comment bien remplir la proposition d'assurance Super Novaterm Crédit ?

1 Vous êtes Apporteur
N'oubliez pas de renseigner votre code apporteur et de mettre votre cachet

2 Personne(s) à assurer :
Complétez toutes les informations sur l'identité de chaque personne à assurer, dont leur situation personnelle ainsi que leur profession

3 Souscripteur(s) :
Remplissez uniquement si l'assuré n'est pas souscripteur. C'est-à-dire qu'une autre personne que l'assuré paye les primes d'assurance du contrat

4 Nom(s) et prénom(s) :
N'oubliez pas de remplir ce pavé avec les mêmes noms et prénoms que sur la page précédente

5 Caractéristiques de l'emprunt :
Indiquez le montant des prêts à assurer, ainsi que le taux, la durée et le type prêt.
N'oubliez pas de remplir une ligne pour chaque prêt à assurer

6 Le capital total :
Il correspond à la somme de tous les prêts

7 Date d'effet :
C'est la date à laquelle vous souhaitez que votre assurance débute

8 Quotité :
C'est le pourcentage du Capital total pour lequel vous souhaitez vous assurer

9 Bénéficiaire Organisme prêteur :
N'oubliez pas de mettre le nom et l'adresse complète de chaque organisme prêteur par ligne de prêt

10 Caractéristiques de l'assurance :
Ici, choisissez le niveau de couverture que vous souhaitez, une seule formule par assuré parmi :

- La Formule de base seule **(A)**
- La Formule de base avec des garanties facultatives **(A + B)**
- Pack Avantage avec ou sans option IPP **(C)**
- Pack Médical Pro, pour une couverture adaptée à votre profession médicale **(F)**

Complétez votre formule avec des options (si permis) :

- Perte d'Emploi **(D)**
- Extension de garantie **(E)**

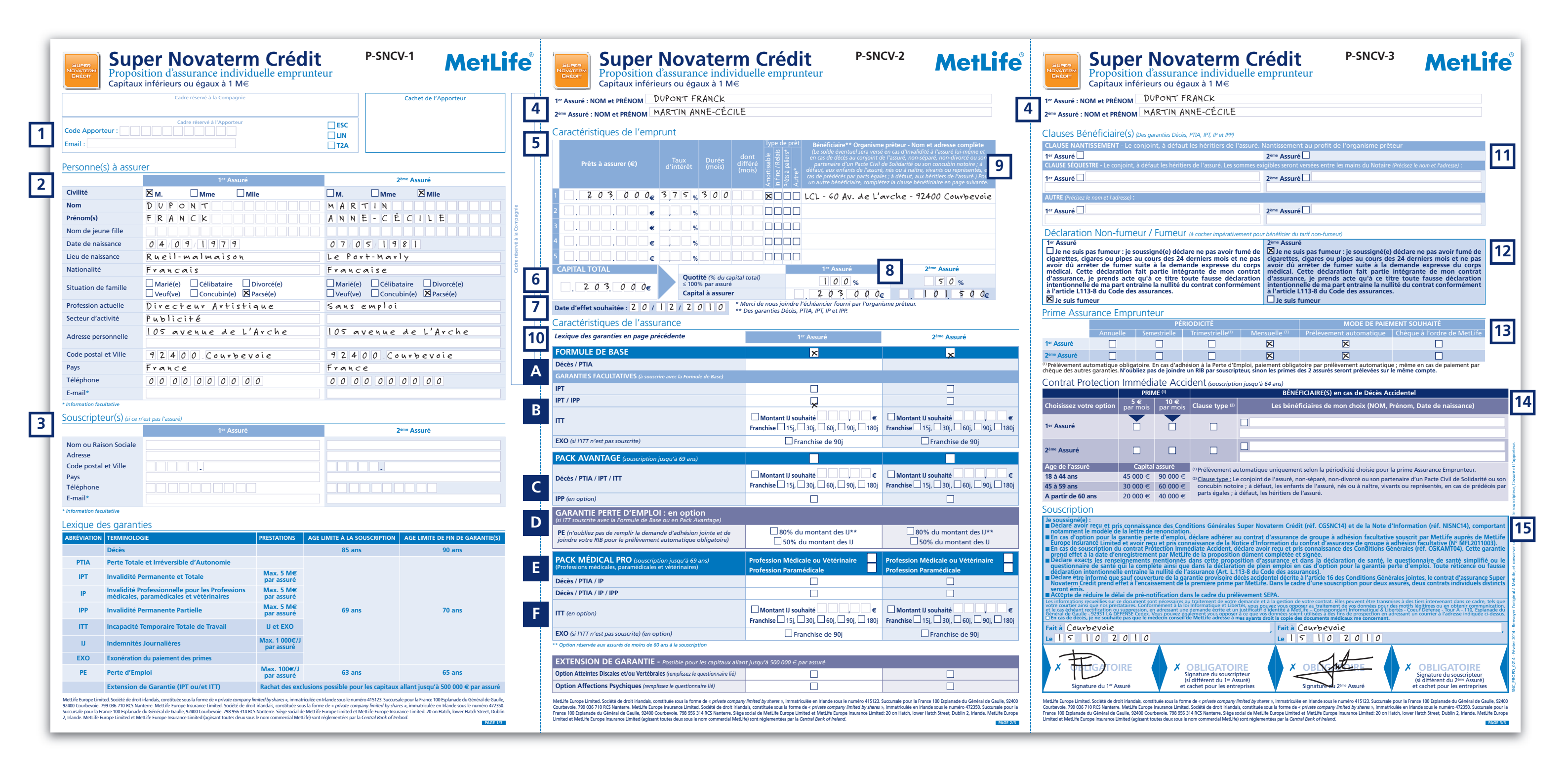
11 Clauses bénéficiaire(s) :
A remplir uniquement, si l'organisme prêteur n'est pas le bénéficiaire

12 Déclaration Non-fumeur :
N'oubliez pas de cocher la case non-fumeur si vous répondez aux conditions pour bénéficier d'un tarif adapté

13 Prime Assurance Emprunteur :
Vous choisissez la périodicité et le mode de paiement de vos primes d'assurance

14 Protection Immédiate Accident :
Ce contrat peut être souscrit en complément de l'assurance emprunteur. Cochez l'option si vous le souhaitez

15 Souscription :
Datez et signez la proposition



Nos conseillers sont à votre disposition au



pour vous aider à remplir cette proposition d'assurance.



www.metlife.fr



Super Novaterm Crédit

Proposition d'assurance individuelle emprunteur

Capitaux inférieurs ou égaux à 1 M€

P-SNCV-1



Cadre réservé à la Compagnie

Cadre réservé à l'Apporteur

Code Apporteur :

Email :

☐ ESC
☐ LIN
☐ T2A

Cachet de l'Apporteur

Cadre réservé à la Compagnie

Personne(s) à assurer

	1er Assuré	2ème Assuré
Civilité	☐ **M.** ☐ **Mme** ☐ **Mlle**	☐ **M.** ☐ **Mme** ☐ **Mlle**
Nom		
Prénom(s)		
Nom de jeune fille		
Date de naissance	/ /	/ /
Lieu de naissance		
Nationalité		
Situation de famille	☐ Marié(e) ☐ Célibataire ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Concubin(e) ☐ Pacsé(e)	☐ Marié(e) ☐ Célibataire ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Concubin(e) ☐ Pacsé(e)
Profession actuelle		
Secteur d'activité		
Adresse personnelle		
Code postal et Ville	-	-
Pays		
Téléphone		
E-mail*		

** Information facultative*

Souscripteur(s) *(si ce n'est pas l'assuré)*

	1er Assuré	2ème Assuré
Nom ou Raison Sociale		
Adresse		
Code postal et Ville	-	-
Pays		
Téléphone		
E-mail*		

** Information facultative*

Lexique des garanties

ABRÉVIATION	TERMINOLOGIE	PRESTATIONS	AGE LIMITE À LA SOUSCRIPTION	AGE LIMITE DE FIN DE GARANTIE(S)
	Décès		**85 ans**	**90 ans**
PTIA	**Perte Totale et Irréversible d'Autonomie**		**69 ans**	**70 ans**
IPT	**Invalidité Permanente et Totale**	**Max. 5 M€ par assuré**		
IP	**Invalidité Professionnelle pour les Professions médicales, paramédicales et vétérinaires**	**Max. 5 M€ par assuré**		
IPP	**Invalidité Permanente Partielle**	**Max. 5 M€ par assuré**		
ITT	**Incapacité Temporaire Totale de Travail**	**IJ et EXO**		
IJ	**Indemnités Journalières**	**Max. 1 000€/J par assuré**		
EXO	**Exonération du paiement des primes**			
PE	**Perte d'Emploi**	**Max. 100€/J par assuré**	**63 ans**	**65 ans**
	Extension de Garantie (IPT ou IP ou/et ITT)	**Rachat des exclusions possible pour les capitaux allant jusqu'à 500 000 € par assuré**		



Super Novaterm Crédit

Proposition d'assurance individuelle emprunteur

Capitaux inférieurs ou égaux à 1 M€

P-SNCV-2



1er Assuré : NOM et PRÉNOM

2ème Assuré : NOM et PRÉNOM

Caractéristiques de l'emprunt

	Prêts à assurer (€)	Taux d'intérêt	Durée (mois)	dont différé (mois)	Type de prêt: Amortissable	Type de prêt: In fine / Relais	Type de prêt: Prêts à paliers*	Type de prêt: Autre*	**Bénéficiaire** Organisme prêteur - Nom et adresse complète** *(Le solde éventuel sera versé en cas d'Invalidité à l'assuré lui-même et en cas de décès au conjoint de l'assuré, non-séparé, non-divorcé ou son partenaire d'un Pacte Civil de Solidarité ou son concubin notoire ; à défaut, aux enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés, en cas de prédécès par parts égales ; à défaut, aux héritiers de l'assuré.) Pour un autre bénéficiaire, complétez la clause bénéficiaire en page suivante.*
1	. . €	, %			☐	☐	☐	☐	
2	. . €	, %			☐	☐	☐	☐	
3	. . €	, %			☐	☐	☐	☐	
4	. . €	, %			☐	☐	☐	☐	
5	. . €	, %			☐	☐	☐	☐	

CAPITAL TOTAL		1er Assuré	2ème Assuré
. . €	**Quotité** *(% du capital total)* ≤ 100% par assuré	%	%
	Capital à assurer	. . €	. . €

Date d'effet souhaitée : / /

** Merci de nous joindre l'échéancier fourni par l'organisme prêteur.*
*** Des garanties Décès, PTIA, IPT, IP et IPP.*

Caractéristiques de l'assurance

Lexique des garanties en page précédente	1er Assuré	2ème Assuré
FORMULE DE BASE	☐	☐
Décès / PTIA		
GARANTIES FACULTATIVES *(à souscrire avec la Formule de Base)*		
IPT	☐	☐
IPT / IPP	☐	☐
ITT	☐ **Montant IJ souhaité** , € **Franchise** ☐ 15j, ☐ 30j, ☐ 60j, ☐ 90j, ☐ 180j	☐ **Montant IJ souhaité** , € **Franchise** ☐ 15j, ☐ 30j, ☐ 60j, ☐ 90j, ☐ 180j
EXO *(si l'ITT n'est pas souscrite)*	☐ Franchise de 90j	☐ Franchise de 90j
PACK AVANTAGE *(souscription jusqu'à 69 ans)*	☐	☐
Décès / PTIA / IPT / ITT	☐ **Montant IJ souhaité** , € **Franchise** ☐ 15j, ☐ 30j, ☐ 60j, ☐ 90j, ☐ 180j	☐ **Montant IJ souhaité** , € **Franchise** ☐ 15j, ☐ 30j, ☐ 60j, ☐ 90j, ☐ 180j
IPP *(en option)*	☐	☐
GARANTIE PERTE D'EMPLOI : en option *(si ITT souscrite avec la Formule de Base ou en Pack Avantage)*		
PE *(n'oubliez pas de remplir la demande d'adhésion jointe et de joindre votre RIB pour le prélèvement automatique obligatoire)*	☐ 80% du montant des IJ** ☐ 50% du montant des IJ	☐ 80% du montant des IJ** ☐ 50% du montant des IJ
PACK MÉDICAL PRO *(souscription jusqu'à 69 ans)* (Professions médicales, paramédicales et vétérinaires)	**Profession Médicale ou Vétérinaire** ☐ **Profession Paramédicale** ☐	**Profession Médicale ou Vétérinaire** ☐ **Profession Paramédicale** ☐
Décès / PTIA / IP	☐	☐
Décès / PTIA / IP / IPP	☐	☐
ITT *(en option)*	☐ **Montant IJ souhaité** , € **Franchise** ☐ 15j, ☐ 30j, ☐ 60j, ☐ 90j, ☐ 180j	☐ **Montant IJ souhaité** , € **Franchise** ☐ 15j, ☐ 30j, ☐ 60j, ☐ 90j, ☐ 180j
EXO *(si l'ITT n'est pas souscrite) (en option)*	☐ Franchise de 90j	☐ Franchise de 90j

*** Option réservée aux assurés de moins de 60 ans à la souscription*

EXTENSION DE GARANTIE - *Possible pour les capitaux allant jusqu'à 500 000 € par assuré*		
Option Atteintes Discales et/ou Vertébrales *(remplissez le questionnaire lié)*	☐	☐
Option Affections Psychiques *(remplissez le questionnaire lié)*	☐	☐



Super Novaterm Crédit

Proposition d'assurance individuelle emprunteur

Capitaux inférieurs ou égaux à 1 M€

1er Assuré : NOM et PRÉNOM

2ème Assuré : NOM et PRÉNOM

Clauses Bénéficiaire(s) *(Des garanties Décès, PTIA, IPT, IP et IPP)*

CLAUSE NANTISSEMENT - Le conjoint, à défaut les héritiers de l'assuré. Nantissement au profit de l'organisme prêteur

1er Assuré ☐ | 2ème Assuré ☐

CLAUSE SÉQUESTRE - Le conjoint, à défaut les héritiers de l'assuré. Les sommes exigibles seront versées entre les mains du Notaire *(Précisez le nom et l'adresse)* :

1er Assuré ☐ | 2ème Assuré ☐

AUTRE *(Précisez le nom et l'adresse)* :

1er Assuré ☐ | 2ème Assuré ☐

Déclaration Non-fumeur / Fumeur *(à cocher impérativement pour bénéficier du tarif non-fumeur)*

1er Assuré

☐ **Je ne suis pas fumeur : je soussigné(e) déclare ne pas avoir fumé de cigarettes, cigares ou pipes au cours des 24 derniers mois et ne pas avoir dû arrêter de fumer suite à la demande expresse du corps médical. Cette déclaration fait partie intégrante de mon contrat d'assurance, je prends acte qu'à ce titre toute fausse déclaration intentionnelle de ma part entraîne la nullité du contrat conformément à l'article L113-8 du Code des assurances.**

☐ **Je suis fumeur**

2ème Assuré

☐ **Je ne suis pas fumeur : je soussigné(e) déclare ne pas avoir fumé de cigarettes, cigares ou pipes au cours des 24 derniers mois et ne pas avoir dû arrêter de fumer suite à la demande expresse du corps médical. Cette déclaration fait partie intégrante de mon contrat d'assurance, je prends acte qu'à ce titre toute fausse déclaration intentionnelle de ma part entraîne la nullité du contrat conformément à l'article L113-8 du Code des assurances.**

☐ **Je suis fumeur**

Prime Assurance Emprunteur

	PÉRIODICITÉ				MODE DE PAIEMENT SOUHAITÉ	
	Annuelle	Semestrielle	Trimestrielle (1)	Mensuelle (1)	Prélèvement automatique	Chèque à l'ordre de MetLife
1er Assuré	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2ème Assuré	☐	☐	☐	☐	☐	☐

(1) Prélèvement automatique obligatoire. En cas d'adhésion à la Perte d'Emploi, paiement obligatoire par prélèvement automatique ; même en cas de paiement par chèque des autres garanties. **N'oubliez pas de joindre un RIB par souscripteur, sinon les primes des 2 assurés seront prélevées sur le même compte.**

Contrat Protection Immédiate Accident *(souscription jusqu'à 64 ans)*

	PRIME (1)		BÉNÉFICIAIRE(S) en cas de Décès Accidentel	
Choisissez votre option	5 € par mois	10 € par mois	Clause type (2)	Les bénéficiaires de mon choix (NOM, Prénom, Date de naissance)
1er Assuré	☐	☐	☐	☐
2ème Assuré	☐	☐	☐	☐

Age de l'assuré	Capital assuré	
18 à 44 ans	45 000 €	90 000 €
45 à 59 ans	30 000 €	60 000 €
A partir de 60 ans	20 000 €	40 000 €

(1) Prélèvement automatique uniquement selon la périodicité choisie pour la prime Assurance Emprunteur.

(2) Clause type : Le conjoint de l'assuré, non-séparé, non-divorcé ou son partenaire d'un Pacte Civil de Solidarité ou son concubin notoire ; à défaut, les enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés, en cas de prédécès par parts égales ; à défaut, les héritiers de l'assuré.

Souscription

Je soussigné(e) :

- **Déclare avoir reçu et pris connaissance des Conditions Générales Super Novaterm Crédit (réf. CGSNC14) et de la Note d'Information (réf. NISNC14), comportant notamment le modèle de la lettre de renonciation.**
- **En cas d'option pour la garantie perte d'emploi, déclare adhérer au contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrit par MetLife auprès de MetLife Europe Insurance Limited et avoir reçu et pris connaissance de la Notice d'Information du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative (N° MFL2011003).**
- **En cas de souscription du contrat Protection Immédiate Accident, déclare avoir reçu et pris connaissance des Conditions Générales (réf. CGKAMT04). Cette garantie prend effet à la date d'enregistrement par MetLife de la proposition dûment complétée et signée.**
- **Déclare exacts les renseignements mentionnés dans cette proposition d'assurance et dans la déclaration de santé, le questionnaire de santé simplifié ou le questionnaire de santé qui la complète ainsi que dans la déclaration de plein emploi en cas d'option pour la garantie perte d'emploi. Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance (Art. L.113-8 du Code des assurances).**
- **Déclare être informé que sauf couverture de la garantie provisoire décès accidentel décrite à l'article 16 des Conditions Générales jointes, le contrat d'assurance Super Novaterm Crédit prend effet à l'encaissement de la première prime par MetLife. Dans le cadre d'une souscription pour deux assurés, deux contrats individuels distincts seront émis.**
- **Accepte de réduire le délai de pré-notification dans le cadre du prélèvement SEPA.**

Les informations recueillies sur ce document sont nécessaires au traitement de votre demande et à la gestion de votre contrat. Elles peuvent être transmises à des tiers intervenant dans ce cadre, tels que votre courtier ainsi que nos prestataires. Conformément à la loi Informatique et Libertés, vous pouvez vous opposer au traitement de vos données pour des motifs légitimes ou en obtenir communication, et le cas échéant rectification ou suppression, en adressant une demande écrite et un justificatif d'identité à MetLife – Correspondant Informatique & Libertés - Coeur Défense - Tour A - 110, Esplanade du Général de Gaulle - 92931 LA DEFENSE Cedex. Vous pouvez également vous opposer à ce que vos données soient utilisées à des fins de prospection en adressant un courrier à l'adresse indiquée ci-dessus.

☐ **En cas de décès, je ne souhaite pas que le médecin conseil de MetLife adresse à mes ayants droit la copie des documents médicaux me concernant.**

Fait à ______, Le __ __ / __ __ / __ __ __ __ | Fait à ______, Le __ __ / __ __ / __ __ __ __

✗ OBLIGATOIRE

Signature du 1er Assuré



✗ OBLIGATOIRE

Signature du souscripteur (si différent du 1er Assuré) et cachet pour les entreprises



✗ OBLIGATOIRE

Signature du 2ème Assuré

✗ OBLIGATOIRE

Signature du souscripteur (si différent du 2ème Assuré) et cachet pour les entreprises

SNC_PROPO_0214 - Février 2014 - Renvoyer l'original à MetLife, et conserver une copie pour le souscripteur, l'assuré et l'apporteur.

Super Novaterm Crédit Perte d'Emploi

P-SNCPE-1



Réservée aux personnes ayant souscrit le Super Novaterm Crédit

Contrat Groupe N° MFL2011003 à adhésion facultative, souscrit par MetLife auprès de MetLife Europe Insurance Limited

Personne(s) à assurer	1er Assuré	2ème Assuré
Civilité	☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle	☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle
Nom		
Prénom(s)		
Nom de jeune fille		
Date de naissance	/ /	/ /
Lieu de naissance		
Profession actuelle		
Option souhaitée	☐ 80% du montant des IJ* ☐ 50% du montant des IJ	☐ 80% du montant des IJ* ☐ 50% du montant des IJ

Adhérent(s) *(si ce n'est pas l'assuré)*

	1er Assuré	2ème Assuré
Nom ou Raison Sociale		
Adresse		
Code postal et Ville	-	-
Pays		
Téléphone		
E-mail**		

** Option réservée aux assurés de moins de 60 ans à la souscription - ** Information facultative*

Déclaration de plein emploi

1er Assuré

J'atteste sur l'honneur

- Etre une personne physique résidant et excercant une activité professionnelle en France métropolitaine (hors Corse),
- Etre salarié du secteur privé et titulaire d'un contrat de travail à durée indéterminée à plein temps ou temps partiel d'un minimum de 80%,
- Ne pas être en instance ou préavis de licenciement, ou en période de préretraite ou retraite, ni en période d'essai ou de chômage partiel,
- Avoir été informé que le contrat garantit le versement d'indemnités journalières en cas de licenciement intervenu dans le cadre d'un CDI d'au moins 365 jours chez le même employeur et qui fait l'objet d'une indemnisation par le Pôle Emploi.

Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité, n'avoir rien omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'assureur et déclare être informé que toute réticence ou fausse déclaration entraînera la nullité du contrat en application des articles L113-8 et L113-9 du Code des assurance.

2ème Assuré

J'atteste sur l'honneur

- Etre une personne physique résidant et excercant une activité professionnelle en France métropolitaine (hors Corse),
- Etre salarié du secteur privé et titulaire d'un contrat de travail à durée indéterminée à plein temps ou temps partiel d'un minimum de 80%,
- Ne pas être en instance ou préavis de licenciement, ou en période de préretraite ou retraite, ni en période d'essai ou de chômage partiel,
- Avoir été informé que le contrat garantit le versement d'indemnités journalières en cas de licenciement intervenu dans le cadre d'un CDI d'au moins 365 jours chez le même employeur et qui fait l'objet d'une indemnisation par le Pôle Emploi.

Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité, n'avoir rien omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'assureur et déclare être informé que toute réticence ou fausse déclaration entraînera la nullité du contrat en application des articles L113-8 et L113-9 du Code des assurance.

Les informations recueillies sur ce document sont nécessaires au traitement de votre demande et à la gestion de votre contrat. Elles peuvent être transmises à des tiers intervenant dans ce cadre, tels que votre courtier ainsi que nos prestataires. Conformément à la loi Informatique et Libertés, vous pouvez vous opposer au traitement de vos données pour des motifs légitimes ou en obtenir communication, et le cas échéant rectification ou suppression, en adressant une demande écrite et un justificatif d'identité à MetLife - Correspondant Informatique & Libertés - Coeur Défense - Tour A - 110, Esplanade du Général de Gaulle - 92931 LA DEFENSE Cedex. Vous pouvez également vous opposer à ce que vos données soient utilisées à des fins de prospection en adressant un courrier à l'adresse indiquée ci-dessus.

Nom		Nom	
Prénom(s)		Prénom(s)	
Fait à		Fait à	
Le	/ /	Le	/ /

✗ OBLIGATOIRE	✗ OBLIGATOIRE	✗ OBLIGATOIRE	✗ OBLIGATOIRE
Signature du 1er Assuré	Signature de l'adhérent (si différent du 1er Assuré)	Signature du 2ème Assuré	Signature de l'adhérent (si différent du 2ème Assuré)

Février 2014

MetLife Europe Limited. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de « *private company limited by shares* », immatriculée en Irlande sous le numéro 415123.
Succursale pour la France 100 Esplanade du Général de Gaulle, 92400 Courbevoie. 799 036 710 RCS Nanterre.
MetLife Europe Insurance Limited. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de « *private company limited by shares* », immatriculée en Irlande sous le numéro 472350.
Succursale pour la France 100 Esplanade du Général de Gaulle, 92400 Courbevoie. 798 956 314 RCS Nanterre.
Siège social de MetLife Europe Limited et MetLife Europe Insurance Limited: 20 on Hatch, lower Hatch Street, Dublin 2, Irlande. MetLife Europe Limited et MetLife Europe Insurance Limited (agissant toutes deux sous le nom commercial MetLife) sont réglementées par la *Central Bank of Ireland*.

Super Novaterm Crédit

P-EXT-GAR 

QUESTIONNAIRE EXTENSION DE GARANTIE

Possible pour les capitaux allant jusqu'à 500 000 €
en cas de souscription de la garantie IPT ou IP ou/et ITT

Civilité	☐ **M.** ☐ **Mme** ☐ **Mlle**
Nom	
Prénom(s)	
Nom de jeune fille	
Date de naissance	__ __ / __ __ / __ __ __ __

Si vous souhaitez souscrire à l'option Affections Psychiques répondez à la question A,
Si vous souhaitez souscrire à l'option Atteintes Discales et/ou Vertébrales répondez à la question B,
Si vous souhaitez souscrire aux options Affections Psychiques et Atteintes Discales et/ou Vertébrales, répondez aux questions A et B.

A) Option Affections Psychiques

Avez-vous déjà souffert ou reçu des traitements pour une affection psychique ou psychiatrique, dépression, trouble anxio-depréssif, névrose, psychose, schizophrénie, anorexie mentale ou boulimie, tentative de suicide ou trouble de la personnalité?	☐ **Oui** ☐ **Non**

B) Option Atteintes Discales et/ou Vertébrales

Avez-vous déjà souffert ou reçu des traitements pour une atteinte de la colonne vertébrale, hernie discale, discopathie, lumbago, lombalgie ou une sciatique ?	☐ **Oui** ☐ **Non**

Les informations recueillies sur ce document sont nécessaires à l'étude et au traitement de votre demande qui se feront dans le strict respect du secret médical. Par votre signature, vous consentez expressément au traitement de vos données médicales par MetLife, ses mandataires et réassureurs. Vous pouvez, conformément à la Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, y accéder, les faire rectifier ou vous opposer à leur traitement pour des motifs légitimes, en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à MetLife, Cœur Défense, Tour A, 110 Esplanade du Général de Gaulle, 92931 LA DEFENSE Cedex, à l'attention du « Médecin Conseil » en précisant vos nom, prénom et si possible votre référence client.

Fait à ____________________

Le __ __ / __ __ / __ __ __ __

✗ **OBLIGATOIRE**

Signature de l'Assuré

Février 2014

Mandat de prélèvement SEPA

P-SEPA-SNC



En signant ce mandat, vous autorisez :

✔ MetLife à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte
✔ Votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de MetLife.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé(e) par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. La demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

INFORMATIONS DU CRÉANCIER

MetLife - Cœur Défense - Tour A - 100 Esplanade du Général de Gaulle - 92400 Courbevoie - France

Identifiant Créancier SEPA (ICS) : MetLife Europe Limited (MEL) F R 7 6 Z Z Z 0 0 0 5 8 2

MetLife Europe Insurance Limited (MEIL)

INFORMATIONS DU PAYEUR

Identité	☐ **Assuré 1**	☐ **Assuré 2** *(en cas de 2ème assuré)*
Civilité	☐ M. ☐ Mme	☐ M. ☐ Mme
Nom / Prénom(s) ou Raison sociale		
Adresse		
Code postal		
Ville		
Pays		
Compte à débiter		
IBAN		
BIC		

IDENTIFICATION DU MANDAT

Référence Unique Mandat *(RUM)*	X X X X X X X X X X X	X X X X X X X X X X X

(votre RUM correspondra à votre numéro de police)

Type de paiement	☐ Paiement récurrent/répétitif ☐ Paiement ponctuel	☐ Paiement récurrent/répétitif ☐ Paiement ponctuel
Type de contrat	☐ Super Novaterm Crédit ☐ Super Novaterm Crédit Perte d'Emploi ☐ Protection Immédiate Accident	☐ Super Novaterm Crédit ☐ Super Novaterm Crédit Perte d'Emploi ☐ Protection Immédiate Accident
Fait à		
Le	/ /	/ /
Signature du payeur ou de la personne autorisée à signer	✗ *Signature pour l'Assuré 1*	✗ *Signature pour l'Assuré 2*

IMPORTANT : Merci de nous retourner ce mandat complété, signé et accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou de Caisse d'Epargne (RICE).

Collez votre RIB ici (colle ou ruban adhésif) !
Merci de ne pas agrafer.

Tableau des formalités Super Novaterm Crédit



Les formalités sont indispensables pour permettre l'appréciation du risque par l'assureur. Elles dépendent, pour chaque personne à assurer, de son âge et du capital qu'elle souhaite assurer.
Le montant du capital à prendre en compte pour les formalités médicales est égal au Capital total (€) X Quotité assurée (%)

IMPORTANT :

- **Dans tous les cas, les déclarations ou questionnaires de santé doivent être remplis et signés par la personne à assurer.**
- **Si une visite médicale est exigée, le médecin doit compléter et signer l'examen médical.**
- **Si vous avez déjà des capitaux assurés chez MetLife et que le cumul excède 1M€, demandez à votre Intermédiaire la nature des formalités à effectuer.**

Âge	Capital à assurer par personne						
	7 500 € à 14 999 €	15 000 € à 30 000 €	30 001 € à 150 000 €	150 001 € à 250 000 €	250 001 € à 300 000 €	300 001 € à 500 000 €	500 001 € à 1 000 000 €
45 ans ou moins		DS	DS	DS	QSS	2	5
De 46 ans à 55 ans		DS	DS	QSS	1	3	6
De 56 ans à 65 ans		DS	QSS	1	4	4	6
De 66 ans à 85 ans	DS	DS	QS	4	4	4	6

DS	Déclaration de Santé (DS)	+ Questionnaire Extension de Garantie, si applicable	Durée de validité : 4 mois
QSS	Questionnaire de Santé Simplifié (QSS)	+ Questionnaire Extension de Garantie, si applicable	
QS	Questionnaire de Santé (QS)	+ Questionnaire Extension de Garantie, si applicable	
1	Questionnaire de Santé + Examen Médical	+ Questionnaire Extension de Garantie, si applicable	
2	Questionnaire de Santé + Examen Médical	+ Examen de sang (1) + Questionnaire Extension de Garantie, si applicable	
3	Questionnaire de Santé + Examen Médical	+ Examen de sang (1) et (2) + Questionnaire Extension de Garantie, si applicable	
4	Questionnaire de Santé + Examen Médical	+ Examen de sang (1) et (2) + Electrocardiogramme de repos réalisé par un généraliste. + Questionnaire Extension de Garantie, si applicable	
5	Questionnaire de Santé + Examen Médical	+ Examen de sang (1) et (2) et (3)	
6	Questionnaire de Santé + Examen Médical	+ Examen de sang (1) et (2) et (3) + Electrocardiogramme de repos réalisé par un généraliste.	

Les frais relatifs aux formalités médicales requises ci-dessus seront remboursés à concurrence des plafonds suivants :

- Visite médicale .... 88 €
- Examen de sang (1) : Cholestérol total et HDL, HIV 1 et 2 .... 53 €
- Examen de sang (2) : Hémogramme, CRP, Plaquettes, Glycémie, Triglycérides, Créatinine, Gamma GT, ASAT, ALAT .... 45 €
- Examen de sang (3) : Marqueurs de l'hépatite B (Ag Hbs) et de l'hépatite C (AC anti-VHC) .... 106 €
- Electrocardiogramme réalisé par un généraliste (tracé + compte rendu) .... 50 €
- Dosage pondéral de la cotinine urinaire .... 31 €
- Electrocardiogramme d'effort avec bilan cardio-vasculaire complet avec compte rendu .... 121 €
- Examen cytobactériologique des urines .... 21 €
- Dosage de l'antigène spécifique de la prostate (P.S.A.) .... 30 €
- Mammographie .... 67 €
- Echocardiographie avec compte rendu .... 97 €

Durée de validité de ces examens : 1 an.

Formalités complémentaires

> La pratique de certains sports ou certains séjours à l'étranger peut nécessiter de compléter des questionnaires spécifiques, sur demande de MetLife.

> N'oubliez pas de joindre le mandat SEPA, le RIB, une copie de la pièce d'identité du souscripteur ou signataire du contrat ainsi qu'un extrait k-bis de la société souscriptrice.

SUPER NOVATERM CRÉDIT

Note d'information - NISNC14

(Ce document répond aux exigences des articles L.132-5-2 et A. 132-4 du Code des assurances)

Cette note reprend les dispositions essentielles du contrat SUPER NOVATERM CREDIT de MetLife dont les Conditions Générales sont remises au Souscripteur avec sa proposition d'assurance.

NI SNC Février 2014

CARACTÉRISTIQUES DU CONTRAT

SUPER NOVATERM CREDIT est un contrat individuel d'assurance Temporaire Décès régi par le Code des assurances, relevant de la branche 20 (Vie - Décès) assuré par la Compagnie d'assurance MetLife.

I - Définition contractuelle des garanties offertes

A - Garanties de base

SUPER NOVATERM CREDIT a pour objet le versement par l'Assureur au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) du capital garanti indiqué aux Conditions Particulières en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) de l'Assuré suite à un Accident ou à une maladie survenu pendant la période de validité des garanties, sous réserve des exclusions visées à l'article 8 des Conditions Générales. Sauf stipulation contraire mentionnée aux Conditions Particulières, le Bénéficiaire du capital garanti au titre des garanties Décès et PTIA est l'Organisme prêteur à concurrence des sommes restant dues dans la limite du capital garanti au jour du Sinistre. Le solde éventuel sera versé en cas d'invalidité à l'assuré lui-même et en cas de décès, au conjoint de l'Assuré, non séparé, non divorcé, ou son partenaire d'un pacte civil de solidarité ou son concubin notoire, à défaut à ses enfants, nés ou à naître, vivants ou représentés, en cas de prédécès, par parts égales, à défaut à ses héritiers.

Le contrat prévoit également une garantie ayant pour objet le versement d'un capital en cas de revente de la résidence principale suite au décès de l'Assuré consécutif à un accident (cf. article 6 des Conditions Générales).

B - Garanties facultatives

Le Souscripteur peut également opter pour les garanties facultatives suivantes :

a) La garantie Invalidité Permanente et Totale (IPT) intervient lorsque l'Assuré se trouve dans l'incapacité totale et définitive d'exercer toute occupation lui rapportant gain ou profit (assimilable à la 2ème catégorie de la Sécurité Sociale). La prestation est le versement au(x) Bénéficiaire(s) du capital assuré au jour de la consolidation de l'IPT. Ce capital est égal au capital décès, plafonné à 5.000.000 € par personne assurée au sein de MetLife.

b) La garantie Invalidité Professionnelle (IP) pour les professions médicales, paramédicales et vétérinaires intervient lorsque l'Assuré se trouve dans l'impossibilité totale et définitive d'exercer sa profession médicale, paramédicale ou vétérinaire. La liste des professions éligibles pour bénéficier des prestations au titre de cette garantie figure à l'article 10 des Conditions Générales.

La prestation est le versement au(x) Bénéficiaire(s) du capital assuré au jour de la consolidation de l'invalidité. Ce capital est égal au capital décès, plafonné à 5.000.000 € par personne assurée au sein de MetLife.

c) La garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP) intervient lorsque l'Assuré se trouve dans l'impossibilité définitive et permanente d'exercer à temps plein toute activité professionnelle ou toute occupation lui apportant gain ou profit. Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie Invalidité Permanente et Totale ou Invalidité Professionnelle.

La prestation est le versement au(x) Bénéficiaire(s) d'une fraction du capital garanti en cas d'Invalidité Permanente et Totale ou d'Invalidité Professionnelle (cf. article 11 des Conditions Générales).

Remarque : sauf stipulation contraire mentionnée aux Conditions Particulières, le Bénéficiaire du capital garanti au titre des garanties IPT, IP et IPP est l'Organisme prêteur à concurrence des sommes restant dues dans la limite du capital garanti au jour du Sinistre. Le solde éventuel sera versé à l'assuré lui-même.

d) La garantie Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) intervient lorsque l'Assuré est temporairement dans l'impossibilité complète et continue, par la suite de maladie ou d'Accident, de se livrer à son activité professionnelle lui rapportant gain ou profit.

Cette garantie inclut :

> *le versement d'Indemnités Journalières en cas d'Incapacité Temporaire Totale :* Après une période de franchise de 15, 30, 60, 90 ou 180 jours (au choix de l'Assuré) à compter de l'arrêt de travail, MetLife verse à l'assuré des indemnités journalières forfaitaires dont le montant figure aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venant le modifier. Le versement se poursuit jusqu'à la fin de l'Incapacité Temporaire Totale de travail médicalement justifiée et au **maximum pendant 1095 jours**, pour un même Sinistre.

> *le versement d'Indemnités Journalières en cas d'Incapacité Temporaire Partielle :* En cas de reprise d'une activité à temps partiel thérapeutique, l'Assureur n'applique pas de nouvelle période de Franchise et verse à l'assuré, **au maximum pendant 180 jours**, des indemnités journalières d'un montant égal à **50% du montant des indemnités journalières** figurant aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venant le modifier.

> *l'Exonération de paiement des primes en cas d'Incapacité Temporaire Totale :* MetLife rembourse au souscripteur les primes d'assurance réglées au titre du présent contrat au prorata temporis de la période d'Incapacité Temporaire Totale de travail, à compter de la fin de la période de Franchise, **au plus pendant 1 095 jours pour un même Sinistre**.

e) La garantie Exonération du paiement des primes (EXO) : cette garantie peut être souscrite indépendamment de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail avec une **Franchise fixée à 90 jours**.

La garantie Exonération du paiement des primes ne couvre pas l'Incapacité Temporaire Partielle.

Sauf stipulation contraire mentionnée aux Conditions Particulières le Bénéficiaire de la garantie Exonération des primes est le Souscripteur.

II - Exclusions

Il est très important que le Souscripteur lise attentivement les Conditions Générales du contrat d'assurance Super Novaterm Crédit qui lui sont remises avec sa proposition d'assurance et au sein desquelles sont détaillées les exclusions des garanties de base (cf. Article 8 des Conditions Générales) et celles des garanties facultatives (cf. article 14 des Conditions Générales).

Sous réserve d'acceptation par l'Assureur et moyennant une tarification spéciale, le Souscripteur a la possibilité, si les garanties IPT ou IP ou/et ITT ont été souscrites, de racheter les exclusions liées aux Atteintes Discales et / ou Vertébrales et / ou les exclusions liées aux Affections Psychiques (cf. article 15). Ces options ne peuvent être souscrites que si le capital décès garanti par le contrat est inférieur ou égal à 500.000 €.

III - Durée du contrat

Le contrat SUPER NOVATERM CREDIT est souscrit pour une période limitée dont les dates de début et de fin sont indiquées aux Conditions Particulières ou au dernier avenant venu les modifier.

Toutes les garanties cessent leurs effets au plus tard à la date de fin du contrat indiquée aux Conditions Particulières ou au dernier avenant venu les modifier.

Garantie provisoire décès accidentel :

Sous réserve que l'assuré ait accepté l'offre préalable de crédit faisant l'objet de la demande d'assurance, l'Assureur couvre provisoirement, pendant l'étude de la proposition, le risque de décès consécutif à un Accident de l'Assuré âgé de moins de 70 ans au jour de la réception par l'Assureur de la proposition d'assurance dûment complétée et signée. Le capital garanti est égal au capital à assurer figurant sur la proposition d'assurance, **dans la limite d'un montant maximum de 500.000 € et sous réserve des exclusions figurant à l'article 8 des Conditions Générales.**

Cette garantie n'est valable que pour les décès suite à des accidents survenus en Europe (UE, AELE), en Amérique du Nord, au Japon, en Australie, en Nouvelle-Zélande, à Hong-Kong et à Singapour.

La durée maximale de la garantie est de 60 jours à compter de sa prise d'effet, à l'issue desquels elle expire de plein droit.

IV - Modalités de versement des primes

Le montant des primes figure aux Conditions Particulières ou au dernier avenant venu les modifier. L'engagement du Souscripteur porte sur le paiement de la prime aux échéances prévues.

Les primes sont payables d'avance, aux échéances prévues. Toute taxe présente ou future établie sur le contrat d'assurance est à la charge du Souscripteur et payable en même temps que la prime.

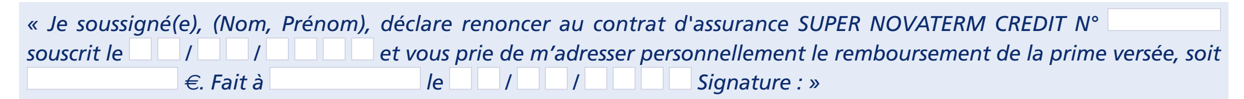
Le Souscripteur a le choix entre un paiement par primes annuelles ou un paiement fractionné par semestre, trimestre ou mois. Le paiement par prélèvement automatique est obligatoire pour les fractionnements mensuels ou trimestriels.

V - Délai et modalités de renonciation au contrat – Résiliation

Renonciation

Conformément aux dispositions de l'Article L.132-5-1 du Code des assurances, le Souscripteur a la faculté de renoncer à son contrat, **dans les 30 jours** qui suivent le moment où il est informé que le contrat est conclu. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, envoyée à l'adresse suivante :

MetLife
Service Gestion Relation Clientèle
Cœur Défense - Tour A
110 Esplanade du Général de Gaulle
92931 LA DEFENSE Cedex


« Je soussigné(e), (Nom, Prénom), déclare renoncer au contrat d'assurance SUPER NOVATERM CREDIT N° ______ souscrit le __ / __ / ____ et vous prie de m'adresser personnellement le remboursement de la prime versée, soit ______ €. Fait à ______ le __ / __ / ____ Signature : »

La renonciation entraîne la cessation immédiate de toutes les garanties du présent contrat et la restitution de l'intégralité des sommes versées par le Souscripteur dans le délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la demande de renonciation.

Résiliation

Le Souscripteur peut mettre fin au contrat, avec l'accord de l'Organisme prêteur, si celui-ci a accepté le bénéfice du contrat, à chaque échéance de paiement de prime par lettre recommandée adressée à l'Assureur à l'adresse suivante :

MetLife - Service Gestion Relation Clientèle - Cœur Défense - Tour A - 110 Esplanade du Général de Gaulle - 92931 LA DEFENSE Cedex.

Le contrat prendra fin à l'issue de la période de garantie précédemment payée.

VI - Formalités à remplir en cas de sinistre

Le paiement des prestations garanties est effectué par l'Assureur dans un délai maximum de trente jours suivant la remise des pièces justificatives à fournir figurant aux Articles 24, 25 et 26 des Conditions Générales d'assurance ou de tout autre document pouvant être demandé par l'Assureur.

VII - Information sur les primes

Le montant des primes indiqué aux Conditions Particulières ou au dernier avenant venu les modifier, est garanti jusqu'au terme du contrat. Des tarifs différents sont appliqués pour les fumeurs et les non-fumeurs. Lors de l'établissement de la proposition, l'Assuré qui remplit les conditions pour bénéficier du tarif préférentiel non-fumeur doit certifier, dans la déclaration non-fumeur, remplir les conditions pour bénéficier du tarif préférentiel non-fumeur.

VIII - Procédure d'examen des litiges

Toute partie au contrat peut formuler des réclamations à l'Assureur à l'adresse suivante :

MetLife - Service Gestion Relation Clientèle - Cœur Défense - Tour A - 110 Esplanade du Général de Gaulle - 92931 LA DEFENSE Cedex.

En cas de réponse non satisfaisante de l'Assureur à une réclamation, il est possible de faire appel au médiateur désigné par la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA), dont les coordonnées sont communiquées par l'Assureur sur simple demande.

Toute réclamation effectuée est sans préjudice des droits du Souscripteur d'intenter une action en justice.

SUPER NOVATERM CRÉDIT

Conditions Générales Référence : CGSNC14

CG SNC Février 2014

I - DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 - OBJET DU CONTRAT SUPER NOVATERM CREDIT

SUPER NOVATERM CREDIT est un contrat individuel d'assurance Temporaire Décès régi par le Code des assurances, relevant de la branche 20 (Vie - Décès) assuré par la Compagnie d'assurances MetLife. Il a pour objet le versement par l'Assureur du capital garanti indiqué aux Conditions Particulières en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré (garantie de base) suite à un Accident ou à une maladie survenu pendant la période de validité des garanties.
Les garanties facultatives, Invalidité Permanente et Totale (IPT), Invalidité Professionnelle pour les Professions médicales, paramédicales et vétérinaires (IP), Invalidité Permanente Partielle (IPP), Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) et Exonération du paiement des primes en cas d'ITT (EXO) s'appliquent uniquement lorsqu'elles sont souscrites et mentionnées aux Conditions Particulières du contrat.
Le contrat est composé des présentes Conditions Générales, de la proposition d'assurance dûment complétée et signée, de la Lettre d'Acceptation signée qui récapitule les caractéristiques particulières et garanties au contrat, des Conditions Particulières ainsi que de tout avenant portant modification au contrat.
Les déclarations du Souscripteur et de l'Assuré servent de base au contrat qui est incontestable dès son entrée en vigueur, sauf l'effet des articles L.113-8 et L.132-26 du Code des assurances.
Les conditions de couverture ainsi que le tarif sont définis lors de la souscription du contrat en fonction des déclarations de l'Assuré.

Article 2 - DEFINITIONS

Pour l'application du présent contrat, on entend par :

Accident : Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré ou de celle de ses Bénéficiaires, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure **et survenue pendant la période de validité des garanties.**
La rupture d'anévrisme, l'infarctus du myocarde, l'embolie cérébrale, l'hémorragie méningée, ainsi que les accidents vasculaires cérébraux sont considérés par l'Assureur comme des maladies et non comme des Accidents.

Assuré : Personne physique, nommément désignée aux Conditions Particulières du contrat et sur la tête de laquelle reposent les garanties.

Assureur : MetLife Europe Limited, agissant sous le nom commercial MetLife (ci-après « MetLife », « nous » ou l'« Assureur »), société d'assurance irlandaise, exerçant son activité en France par le biais d'une succursale.

Bénéficiaire : Personne physique ou morale qui perçoit les prestations versées par l'Assureur.
Les Bénéficiaires en cas de décès sont en principe désignés dans la proposition d'assurance et figurent aux Conditions Particulières du contrat. Le Souscripteur a la possibilité de prévoir l'ordre de priorité du versement du capital en cas de décès des Bénéficiaires désignés.
Lorsque le Bénéficiaire en cas de décès est nommément désigné, le Souscripteur est invité à porter dans la proposition d'assurance les coordonnées de ce dernier, qui seront utilisées par l'Assureur en cas de décès de l'Assuré. Le Souscripteur peut modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée. La désignation si elle n'a pas été faite dans le contrat, et la substitution du ou des Bénéficiaires, peuvent être effectuées soit par voie d'avenant au contrat, soit en remplissant les formalités de l'article 1690 du Code civil, soit par voie testamentaire.
La personne désignée comme Bénéficiaire par le Souscripteur peut accepter le bénéfice de cette désignation faite à son profit. Tant que l'acceptation n'a pas eu lieu, le Souscripteur et seul le Souscripteur est libre de révoquer le Bénéficiaire. Tant que l'Assuré et le Souscripteur sont en vie, l'acceptation est faite par un avenant signé de l'Assureur, du Souscripteur et du Bénéficiaire. Elle peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé, signé du Souscripteur et du Bénéficiaire, et n'a alors d'effet à l'égard de l'Assureur que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit. En cas d'acceptation, l'accord du Bénéficiaire ayant accepté devient obligatoire lorsque le Souscripteur souhaite apporter une modification au contrat ou désigner un autre Bénéficiaire.

Sauf stipulation contraire mentionnée aux Conditions Particulières, le Bénéficiaire du capital garanti au titre des garanties Décès, PTIA, IPT, IPP et IP est l'Organisme prêteur à concurrence des sommes restant dues dans la limite du capital garanti au jour du Sinistre. Le solde éventuel sera versé :

- en cas d'invalidité : à l'Assuré lui-même ;
- en cas de décès : au conjoint de l'Assuré, non séparé, non divorcé, ou son partenaire d'un pacte civil de solidarité ou son concubin notoire, à défaut à ses enfants, nés ou à naître, vivants ou représentés, en cas de prédécès, par parts égales, à défaut à ses héritiers.

Sous réserve d'accord de l'Organisme prêteur, si celui-ci a accepté le bénéfice du contrat, le Souscripteur a la possibilité de modifier la clause bénéficiaire.
Sauf stipulation contraire mentionnée aux Conditions Particulières :

- le Bénéficiaire du versement des indemnités journalières en cas d'ITT est l'Assuré,
- le Bénéficiaire de la garantie Exonération des Primes est le Souscripteur.
- le Bénéficiaire du capital garanti au titre de la garantie «Capital en cas de revente suite au décès accidentel» et «Garantie provisoire décès accidentel» est le conjoint de l'Assuré, non séparé, non divorcé, ou son partenaire d'un pacte civil de solidarité ou son concubin notoire, à défaut ses enfants, nés ou à naître, vivants ou représentés, en cas de prédécès, par parts égales, à défaut ses héritiers.

Consolidation : On entend par consolidation la date à partir de laquelle l'état de l'Assuré est considéré comme stabilisé du point de vue médical alors qu'il existe des séquelles permanentes.

Franchise : Période qui débute le premier jour de l'arrêt de travail et pendant laquelle les prestations ne sont pas dues. La prise en charge par l'Assureur intervient à l'expiration de cette période de franchise.

Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) : Incapacité médicalement reconnue **avant l'échéance annuelle du contrat suivant le 70ème anniversaire de l'Assuré**, mettant temporairement l'Assuré dans l'impossibilité complète et continue, par la suite de maladie ou d'Accident, de se livrer à son activité professionnelle lui rapportant gain ou profit.

Invalidité Permanente et Totale (IPT) : Invalidité physique ou mentale **consolidée avant l'échéance annuelle du contrat suivant le 70ème anniversaire de l'Assuré** et constatée par l'Assureur mettant l'Assuré dans l'incapacité totale et définitive d'exercer toute occupation lui rapportant gain ou profit (assimilable à la 2ème catégorie de la Sécurité Sociale).

Invalidité Permanente Partielle (IPP) : Invalidité physique ou mentale, **consolidée avant l'échéance annuelle du contrat suivant le 70ème anniversaire de l'Assuré** et constatée par l'Assureur, dont le taux est supérieur à 33% et inférieur à 66%, mettant l'Assuré dans l'impossibilité définitive et permanente d'exercer à temps plein toute activité professionnelle ou toute occupation lui apportant gain ou profit.

Invalidité Professionnelle pour les professions médicales, paramédicales et vétérinaires (IP) : Invalidité physique ou mentale, **consolidée avant l'échéance annuelle du contrat suivant le 70ème anniversaire de l'Assuré** et constatée par l'Assureur, mettant l'Assuré dans l'impossibilité totale et définitive d'exercer sa profession médicale, paramédicale ou vétérinaire.

Organisme prêteur : Le prêteur, personne physique ou morale déclarée par le Souscripteur et mentionnée aux Conditions Particulières, ayant consenti le prêt faisant l'objet de la présente assurance.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) :
Invalidité physique ou mentale **reconnue avant l'âge de 70 ans** et constatée par l'Assureur, mettant l'Assuré dans l'incapacité permanente et définitive d'exercer toute activité rémunératrice et dans l'obligation d'avoir recours **de manière permanente** à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (assimilable à la 3ème catégorie de la Sécurité Sociale).

Sinistre : La réalisation d'un événement assuré. L'ensemble des évènements se rattachant à un même fait générateur constitue un seul et même Sinistre.

Souscripteur : Personne physique ou morale qui souscrit le contrat. Le Souscripteur peut avoir la qualité d'Assuré.

Article 3 - CONDITIONS D'ADMISSION A LA SOUSCRIPTION

La souscription du contrat Super Novaterm Crédit est subordonnée à l'existence, au jour de la signature de la proposition, d'une demande de prêt ou d'un prêt en cours (quel qu'il soit) libellé en euros et rédigé en français, auprès d'un Organisme Prêteur (personne physique ou morale).

Super Novaterm Crédit est réservé aux assurés âgés d'au moins 18 ans et de moins de 86 ans au jour de la souscription.
Les garanties PTIA, IPT, IPP, IP et ITT sont réservées aux assurés âgés de moins de 70 ans au jour de la souscription et exerçant une activité professionnelle rémunérée sans aménagement du temps et / ou des conditions de travail pour raison de santé.
La garantie IP est réservée aux assurés exerçant à temps plein une profession médicale, paramédicale ou vétérinaire qui doit être déclarée lors de la souscription. La liste des professions éligibles pour bénéficier des prestations au titre de cette garantie figure à l'article 10.

Article 4 - ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties s'étendent au monde entier sauf restriction(s) précisée(s) aux Conditions Particulières du contrat. **Tout état d'invalidité ou d'incapacité de l'Assuré à la suite d'une maladie ou d'un Accident garanti, survenu hors de France, doit être constaté médicalement en France métropolitaine pour ouvrir droit au paiement des prestations.**

II - GARANTIES DE BASE

Article 5 - DECES ET PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

En cas de Décès de l'Assuré **survenu pendant la période de validité du contrat**, l'Assureur verse au(x) Bénéficiaire(s) le montant du capital garanti au jour du décès, indiqué aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venant le modifier.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré **constatée par l'Assureur pendant la période de validité de la garantie et avant son 70ème anniversaire**, l'Assureur verse au(x) Bénéficiaire(s), par anticipation à la date de reconnaissance de l'invalidité, le capital prévu en cas de décès.

Le paiement du capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie met fin au contrat dans toutes ses clauses et conditions.
En aucun cas, les capitaux Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ne peuvent se cumuler.

Article 6 - CAPITAL EN CAS DE REVENTE SUITE AU DECES ACCIDENTEL DE L'ASSURE

En cas de Décès de l'Assuré, **survenu au cours de la première année suivant la date d'effet du contrat et avant son 70ème anniversaire, faisant suite à un Accident**, l'Assureur verse au(x) Bénéficiaire(s) un capital forfaitaire de 10 000 € en cas de revente de la résidence principale au cours de l'année qui suit le décès de l'Assuré.

Article 7 - TARIFS DIFFÉRENCIÉS FUMEURS / NON-FUMEURS

Des tarifs différents sont appliqués pour les fumeurs et les non-fumeurs.
Lors de l'établissement de la proposition, l'Assuré qui remplit les conditions pour bénéficier du tarif préférentiel non-fumeur doit certifier, dans la déclaration non-fumeur, ne pas avoir fumé de cigarettes, cigares ou pipes au cours des 24 mois précédant la date de signature de la proposition d'assurance et ne pas avoir dû arrêter de fumer suite à la demande expresse du corps médical.

Article 8 - EXCLUSIONS - GARANTIES DE BASE

Sauf convention contraire indiquée aux Conditions Particulières, l'Assureur garantit les risques de Décès et de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, quelle qu'en soit la cause, sous réserve des exclusions énumérées ci-après :

- **LE SUICIDE SURVENANT MOINS D'UN AN APRES LA PRISE D'EFFET DU CONTRAT. EN CAS D'AUGMENTATION DES GARANTIES EN COURS DE CONTRAT, LE SUICIDE EST EGALEMENT EXCLU, POUR LES MAJORATIONS, AU COURS DE LA PREMIERE ANNEE QUI SUIT LA PRISE D'EFFET DE CETTE AUGMENTATION.** Toutefois, le risque de suicide

sera couvert dès la souscription dans la limite du montant mentionné au Décret visé par l'article L.132-7 du Code des assurances (120 000 € au 1er janvier 2004), en présence d'un prêt destiné à financer l'acquisition du logement principal de l'Assuré ;

- **L'ACCIDENT DE NAVIGATION AERIENNE SURVENANT ALORS QUE L'ASSURE SE TROUVAIT A BORD D'UN APPAREIL EN UNE QUALITE DISTINCTE DE CELLE DE SIMPLE PASSAGER DE LIGNES REGULIERES OU «CHARTER» DUMENT AGREES POUR LE TRANSPORT PAYANT DES VOYAGEURS, OU ENCORE DONT LE PILOTE NE DISPOSAIT PAS DES QUALIFICATIONS NECESSAIRES, OU ENFIN PARTICIPANT A DES COURSES, ACROBATIES, TENTATIVES DE RECORDS OU VOLS D'ESSAIS ;**
- **LES SUITES ET CONSEQUENCES DE MALADIES OU D'ACCIDENTS ANTERIEURS A LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT ET NON DECLARES LORS DE LA SOUSCRIPTION.**

HORMIS ACCEPTATION INDIQUEE AUX CONDITIONS PARTICULIERES, APRES ETUDE DU DOSSIER PAR L'ASSUREUR, SONT EXCLUS LES ACCIDENTS SURVENANT LORS DE L'EXERCICE D'UNE PROFESSION COMPORTANT LES ACTIVITES SUIVANTES :

- **SECURITE OU PROTECTION IMPLIQUANT L'UTILISATION D'ARMES DE DEFENSE,**
- **TRAVAIL EN HAUTEUR A PLUS DE QUATRE METRES DU SOL OU SUR PLATE-FORME D'EXPLORATION OU DE FORAGE,**
- **DESCENTE EN PUITS, MINES OU CARRIERES, EN GALERIES,**
- **ENTRAINANT UNE EXPOSITION A DES SUBSTANCES OU PRODUITS DANGEREUX (TOXIQUES, CORROSIFS, EXPLOSIFS, OU INFLAMMABLES).**

III - GARANTIES FACULTATIVES

Les garanties suivantes sont facultatives et s'appliquent uniquement lorsqu'elles sont souscrites et mentionnées aux Conditions Particulières du contrat.

Article 9 - INVALIDITÉ PERMANENTE ET TOTALE (IPT)

En cas d'Invalidité Permanente et Totale de l'Assuré **constatée pendant la période de validité de la garantie** et pour autant qu'il exerce au moment du Sinistre une activité professionnelle lui rapportant gain ou profit, l'Assureur paiera le capital garanti au jour de la Consolidation de l'Invalidité, indiqué aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venant le modifier. Ce capital est plafonné à 5 000 000 € par personne assurée au sein de MetLife.

Le versement du capital en cas d'Invalidité Permanente et Totale met fin au contrat dans toutes ses clauses et conditions et ne pourra en aucun cas donner lieu au versement de prestations au titre d'une autre garantie du contrat.

Article 10 - INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE pour les Professions médicales, paramédicales et vétérinaires (IP)

En cas d'Invalidité Professionnelle de l'Assuré **constatée pendant la période de validité de la garantie**, l'Assureur paiera le capital garanti au jour de la Consolidation de l'Invalidité, indiqué aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venant le modifier. Ce capital est plafonné à 5 000 000 € par personne assurée au sein de MetLife.

Pour pouvoir bénéficier de prestations au titre de cette garantie, l'Assuré devra justifier à la date du Sinistre, exercer à temps plein, l'une des professions suivantes :

- médecin enregistré au Conseil National de l'Ordre des médecins ;
- chirurgien-dentiste enregistré à l'Ordre National des Chirurgiens-dentistes ;
- pharmacien ;
- vétérinaire ;
- l'une des professions paramédicales citées ci-après : aide-soignant, ambulancier, audioprothésiste, auxiliaire de puériculture, épithésiste, ergothérapeute, infirmier, infirmier de bloc opératoire, manipulateur d'électroradiologie, masseur-kinésithérapeute, ocularistе, opticien-lunetier, orthoprothésiste, orthoptiste, ostéopathe, pédicure-podologue, podo-orthésiste, prothésiste dentaire, psychomotricien, puéricultrice, sage-femme, technicien en analyses biomédicales.

L'invalidité est constatée par l'Assureur par expertise médicale. **Le médecin expert désigné par l'Assureur reconnaîtra si l'état de santé de l'Assuré est consolidé.** L'Invalidité Professionnelle ouvrant droit à prestations tient compte uniquement de l'incapacité professionnelle appréciée et chiffrée en fonction de la profession exercée antérieurement à la maladie ou à l'Accident générateur de l'invalidité, en tenant compte :

- Des conditions normales d'exercice de la profession ;
- Des possibilités d'exercice qui subsistent après recours aux aides techniques disponibles.

Le versement du capital en cas d'Invalidité Professionnelle met fin au contrat dans toutes ses clauses et conditions et ne pourra en aucun cas donner lieu au versement de prestations au titre d'une autre garantie du contrat.

Article 11 - INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP)

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie Invalidité Permanente et Totale ou Invalidité Professionnelle.

En cas d'Invalidité Permanente Partielle de l'Assuré, **constatée pendant la période de validité de la garantie** et pour autant qu'il exerce au moment du Sinistre une activité professionnelle lui rapportant gain ou profit, l'Assureur paiera, en fonction du taux global d'invalidité "N" de l'Assuré, **une fraction du capital garanti en cas d'Invalidité Permanente et Totale ou d'Invalidité Professionnelle, fraction égale à (N - 33) / 33 du capital garanti au titre de la garantie Invalidité Permanente et Totale ou Invalidité Professionnelle.**

Pour ouvrir droit aux prestations au titre de la garantie Invalidité Permanente Partielle, le taux d'invalidité global "N" doit être supérieur à 33% et inférieur à 66%.

L'Invalidité est constatée par l'Assureur par expertise médicale. Le médecin expert désigné par l'Assureur reconnaît si l'état de santé de l'Assuré est consolidé. Il détermine le taux global d'invalidité "N", à partir de la combinaison du taux d'invalidité fonctionnelle et du taux d'invalidité professionnelle.

L'invalidité fonctionnelle est établie d'après le barème de droit commun publié par le « Concours Médical » en vigueur au jour de la constatation de l'état d'invalidité, quelle que soit la profession de l'Assuré. L'invalidité professionnelle est appréciée par rapport à l'activité professionnelle exercée, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de cette activité, des possibilités d'exercice restantes et des possibilités de reclassement correspondant au niveau de formation et d'expérience professionnelle de l'Assuré.

Le taux global d'invalidité N est déterminé en fonction de l'invalidité professionnelle et de l'invalidité fonctionnelle selon le tableau suivant :

Taux d'invalidité professionnelle	Taux d'invalidité fonctionnelle									
	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
10 %	10,0 %	15,9 %	20,8 %	25,2 %	29,2 %	33,0 %	36,6 %	40,0 %	43,3 %	46,4 %
20 %	12,6 %	20,0 %	26,2 %	31,7 %	36,8 %	41,6 %	46,1 %	50,4 %	54,5 %	58,5 %
30 %	14,4 %	22,9 %	30,0 %	36,3 %	42,2 %	47,6 %	52,8 %	57,7 %	62,4 %	66,9 %
40 %	15,9 %	25,2 %	33,0 %	40,0 %	46,4 %	52,4 %	58,1 %	63,5 %	68,7 %	73,7 %
50 %	17,1 %	27,1 %	35,6 %	43,1 %	50,0 %	56,5 %	62,6 %	68,4 %	74,0 %	79,4 %
60 %	18,2 %	28,8 %	37,8 %	45,8 %	53,1 %	60,0 %	66,5 %	72,7 %	78,6 %	84,3 %
70 %	19,1 %	30,4 %	39,8 %	48,2 %	55,9 %	63,2 %	70,0 %	76,5 %	82,8 %	88,8 %
80 %	20,0 %	31,7 %	41,6 %	50,4 %	58,5 %	66,0 %	73,2 %	80,0 %	86,5 %	92,8 %
90 %	20,8 %	33,0 %	43,3 %	52,4%	60,8 %	68,7 %	76,1 %	83,2 %	90,0 %	96,5 %
100 %	21,5 %	34,2 %	44,8 %	54,3 %	63,0 %	71,1 %	78,8 %	86,2 %	93,2 %	100,0 %

Le versement du capital Invalidité Permanente Partielle ne met pas fin au contrat. Cependant, en cas de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Invalidité Permanente et Totale ou d'Invalidité Professionnelle de l'Assuré, pendant la période de validité des garanties, l'Assureur versera au(x) Bénéficiaire(s) le capital garanti prévu aux Conditions Particulières ou au dernier avenant venu les modifier, déduction faite du capital déjà versé au titre de l'Invalidité Permanente Partielle.

Article 12 - INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT)

La garantie Incapacité Temporaire Totale de travail inclut :

- le versement d'Indemnités Journalières en cas d'Incapacité Temporaire Totale (art. 12.1) ;
- le versement d'Indemnités Journalières en cas d'Incapacité Temporaire Partielle (art. 12.2) ;
- l'Exonération de paiement des primes en cas d'Incapacité Temporaire Totale (art. 13).

12.1 - Versement d'Indemnités Journalières en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'Assuré **pendant la période de validité de la garantie** et pour autant qu'il exerce au moment du Sinistre une activité professionnelle lui rapportant gain ou profit ou qu'il perçoive, au moment du Sinistre, l'Allocation de Retour à l'Emploi (si l'Assuré est demandeur d'emploi), l'Assureur verse les indemnités journalières figurant aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venant le modifier.
Le versement des indemnités journalières s'effectue **dès la fin de la période de Franchise** indiquée aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venant le modifier. Il se poursuit jusqu'à la fin de l'Incapacité Temporaire Totale de travail médicalement justifiée et **au maximum pendant 1095 jours**, pour un même Sinistre.
Chaque Sinistre bénéficiera de la même période de Franchise et de la même durée maximum d'indemnisation.
En aucun cas les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail et Perte d'emploi (si cette garantie a été souscrite) ne peuvent se cumuler.

12.2 - Versement d'Indemnités Journalières en cas d'Incapacité Temporaire Partielle

Lorsque l'Assuré en Incapacité Temporaire Totale de travail reprend une activité professionnelle à temps partiel thérapeutique, lui rapportant gain ou profit, **pendant la période de validité de la garantie**, l'Assureur n'applique pas de nouvelle période de Franchise et verse des **indemnités journalières d'un montant égal à 50% du montant des indemnités journalières** figurant aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venant le modifier. Le versement des Indemnités Journalières en cas d'Incapacité Temporaire Partielle se poursuit jusqu'à la fin de l'Incapacité Temporaire Partielle médicalement justifiée et **au maximum pendant 180 jours**.

12.3 - Rechute

Quand l'Assuré est de nouveau en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail, pour les mêmes raisons médicales que celles de son arrêt précédent, l'Assureur considère qu'il y a rechute si cet arrêt de travail se produit dans les 60 jours suivant sa reprise d'activité. Dans ce cas, l'Assureur traite ces deux arrêts comme un seul et même Sinistre : il n'applique pas de nouvelle période de Franchise et indemnise l'Assuré dans les mêmes conditions et limites que prévues aux paragraphes précédents.

12.4 - Cessation de versement des Indemnités Journalières

Le versement des Indemnités Journalières est interrompu :

- **dès que l'Assuré reprend ou est apte à reprendre une activité professionnelle à plein temps ;**
- **après 1 095 jours en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail ;**
- **après 180 jours en cas d'Incapacité Temporaire Partielle ;**
- **pendant la période de congé légal de maternité ;**
- **à la date de Consolidation de l'état de santé de l'Assuré ;**
- **à la date de liquidation de la pension de retraite ;**
- **à la date du terme du contrat ;**
- **au plus tard à l'échéance annuelle du contrat qui suit le 70ème anniversaire de l'Assuré.**

Article 13 - EXONERATION DU PAIEMENT DES PRIMES EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE (EXO)

La garantie Incapacité Temporaire Totale de travail inclut l'Exonération du paiement des primes en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail après **une période de Franchise identique à celle choisie pour le versement des indemnités journalières,** indiquée aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venant le modifier.

La garantie Exonération du paiement des primes peut également être souscrite indépendamment de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail : **la Franchise sera alors de 90 jours**.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'Assuré, pendant la période de validité de la garantie, et pour autant qu'il exerce au moment du Sinistre une activité professionnelle lui rapportant gain ou profit (**à l'exclusion de toute activité exercée en temps partiel thérapeutique**) ou qu'il perçoive, au moment du Sinistre, l'Allocation de Retour à l'Emploi (si

l’Assuré est demandeur d’emploi), l'Assureur remboursera les primes d'assurance réglées au titre du présent contrat au prorata temporis de la période d'Incapacité Temporaire Totale de travail, **à compter de la fin de la période de Franchise, au plus pendant 1 095 jours**, pour un même Sinistre.

Chaque Sinistre bénéficiera de la même période de Franchise et de la même durée maximum d’exonération.

Quand l'Assuré est de nouveau en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail, pour les mêmes raisons médicales que celles de son arrêt précédent, l'Assureur considère qu'il y a rechute si cet arrêt de travail se produit dans les deux mois suivant sa reprise d'activité. Dans ce cas, l'Assureur traite ces deux arrêts comme un seul et même Sinistre : il n'applique pas de nouvelle période de Franchise et remboursera les primes d’assurance réglées dans les mêmes conditions et limites que prévues aux paragraphes précédents.

L’Exonération du paiement des primes cesse :

- **dès que l’Assuré reprend ou est apte à reprendre une activité professionnelle y compris à temps partiel ;**
- **après 1 095 jours ;**
- **pendant la période de congé légal de maternité ;**
- **à la date de Consolidation de l’état de santé de l’Assuré ;**
- **à la date de liquidation de la pension de retraite ;**
- **au plus tard à l’échéance annuelle du contrat qui suit le 70ème anniversaire de l’Assuré.**

LA GARANTIE EXONERATION DU PAIEMENT DES PRIMES NE COUVRE PAS L’INCAPACITE TEMPORAIRE PARTIELLE.

Article 14 - EXCLUSIONS - GARANTIES FACULTATIVES

L'Assureur garantit l'Invalidité Permanente et Totale, l’Invalidité Permanente Partielle, l’Invalidité Professionnelle, l’Incapacité Temporaire Totale de travail et l’Exonération du paiement des primes si ces garanties ont été souscrites et figurent aux Conditions Particulières, sous réserve des exclusions énumérées à l’article 8 et des exclusions énumérées ci-après :

14.1 - SONT TOUJOURS EXCLUS LES CAS SUIVANTS, LEURS SUITES ET CONSEQUENCES :

- **LES MALADIES OU ACCIDENTS RESULTANT D'UNE AFFECTION PSYCHIQUE, NEVROSE, PSYCHOSE, TROUBLE DE LA PERSONNALITE, TROUBLE PSYCHOSOMATIQUE OU ETAT DEPRESSIF,** sauf si elles nécessitent une hospitalisation de plus de 10 jours continus en milieu psychiatrique **;**
- **LES ATTEINTES DISCALES ET/OU VERTEBRALES** sauf si elles nécessitent au moins 5 jours d’hospitalisation continus ou **s’il s’agit d’une fracture ou s’il y a eu une intervention chirurgicale ;**
- **LES ARRETS DE TRAVAIL CORRESPONDANT A LA PERIODE DE CONGE DE MATERNITE DE LA SECURITE SOCIALE, QUE L’ASSUREE Y SOIT OU NON ASSUJETTI ;**
- **LES ACCIDENTS RESULTANT DU NON-RESPECT PAR L’ASSURE DES PRESCRIPTIONS REGLEMENTAIRES APPLICABLES A L’EXERCICE DES SPORTS ET ACTIVITES QU’IL PRATIQUE ;**
- **LES SINISTRES SURVENANT ALORS QUE L’ASSURÉ SE TROUVE SOUS L’EMPRISE D’UN ÉTAT ALCOOLIQUE CARACTÉRISÉ PAR LA PRÉSENCE, SOIT DANS LE SANG D’UN TAUX D’ALCOOL PUR, ÉGAL OU SUPÉRIEUR AU SEUIL FIXÉ PAR LES DISPOSITIONS DU CODE DE LA ROUTE EN VIGUEUR, SOIT DANS L’AIR EXPIRÉ D’UN TAUX D’ALCOOL PUR, ÉGAL OU SUPÉRIEUR AU SEUIL FIXÉ PAR LES DISPOSITIONS DU CODE DE LA ROUTE EN VIGUEUR ;**
- **L'USAGE PAR L’ASSURE DE STUPEFIANTS OU SUBSTANCES ANALOGUES, MEDICAMENTS OU TRAITEMENTS A DOSES NON PRESCRITES MEDICALEMENT.**

14.2 - EN OUTRE, SONT EGALEMENT EXCLUES LES SUITES ET CONSEQUENCES D’ACCIDENTS RESULTANT DE LA PRATIQUE PAR L'ASSURE DES SPORTS OU ACTIVITES INDIQUES CI-APRES :

Toutefois, à la demande du Souscripteur, les sports ou activités mentionnés ci-après peuvent être garantis, sous réserve de l’acceptation par l’Assureur indiquée aux Conditions Particulières et moyennant une tarification spéciale .

- **TOUT SPORT A TITRE PROFESSIONNEL ;**
- **TOUTE PARTICIPATION A DES PARIS, TENTATIVES DE RECORDS ;**
- **SPORTS EXTREMES : RAID AVENTURE ; SAUT A L'ELASTIQUE ; BASE JUMP ; CANYONING ; RAFTING ; ZORBING ; EXERCICES ACROBATIQUES ;**
- **MOTO EN COMPETITION ; TOUT SPORT AUTOMOBILE ;**
- **TOUT SPORT DE NEIGE OU DE GLACE** (sauf patinage, curling, pratique sur piste balisée de ski alpin, ski de fond, monoski et surf) **;**
- **TOUT SPORT DE COMBAT ; ARTS MARTIAUX ;**
- **MOTONAUTISME ; PLANCHE A VOILE A PLUS DE 1 MILE DES COTES ; YACHTING ; PLONGEE SOUS-MARINE ;**
- **ALPINISME ; ESCALADES EN MONTAGNE ET PASSAGE DE GLACIERS ; SPELEOLOGIE ; RANDONNEE EN MONTAGNE EN SOLITAIRE OU AU-DELA DE 3000 METRES ;**
- **EQUITATION EN COMPETITION ; COURSES DE CHEVAUX ; EQUITATION AVEC SAUTS D'OBSTACLE ; CHASSE A COURRE ; POLO ;**
- **TOUT SPORT AERIEN Y COMPRIS LE PARACHUTISME, L’ULM, LE VOL A VOILE, LA VOLTIGE AERIENNE, LE DELTAPLANE ET LE PARAPENTE ; L’UTILISATION AVEC OU SANS CONDUITE D’UN AVION DE TOURISME ;**
- **TAUROMACHIE ; CYCLISME EN COMPETITION.**

Les garanties facultatives sont acquises lorsque les sports mentionnés à l’art. 14.2 sont pratiqués, de manière exceptionnelle, dans le cadre d’un baptême ou d’une initiation avec l’encadrement d’un personnel qualifié et titulaire des brevets et autorisations règlementaires nécessaires.

Article 15 - OPTIONS EXTENSIONS DE GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE ET TOTALE OU INVALIDITE PROFESSIONNELLE POUR LES PROFESSIONS MÉDICALES, PARAMÉDICALES ET VÉTÉRINAIRES ET / OU INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

Sous réserve d’acceptation par l’Assureur et moyennant une tarification spéciale, le Souscripteur a la possibilité, si les garanties IPT ou IP ou/et ITT ont été souscrites, de racheter les exclusions liées aux Atteintes Discales et / ou Vertébrales et / ou les exclusions liées aux Affections Psychiques (1er et 2ème tiret de l’article 14.1).
Ces options ne peuvent être souscrites que si le capital décès garanti par le contrat est inférieur ou égal à 500.000 € par assuré.

15.1 - Option "Atteintes Discales et / ou Vertébrales"
Si la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail a été souscrite : l'Assuré sera couvert en cas d'ITT résultant de toutes Atteintes Discales et /ou Vertébrales, **après une FRANCHISE DE 90 JOURS, quelle que soit la Franchise souscrite au titre de l'ITT.**
Si la garantie Invalidité Permanente Totale ou l'Invalidité Professionnelle pour les Professions médicales, paramédicales et vétérinaires a été souscrite : l'Assuré sera couvert en cas d'IPT ou IP résultant de toutes Atteintes Discales et /ou Vertébrales.

15.2 - Option "Affections Psychiques"
Si la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail a été souscrite : l'Assuré sera couvert en cas d'ITT faisant suite à une maladie ou un Accident résultant de toute affection psychique, névrose, psychose, trouble de la personnalité, trouble psychosomatique ou état dépressif, **après une FRANCHISE DE 90 JOURS, quelle que soit la Franchise souscrite au titre de l'ITT.**
Si la garantie Invalidité Permanente Totale ou l'Invalidité Professionnelle pour les Professions médicales, paramédicales et vétérinaires a été souscrite : l'Assuré sera couvert en cas d'IPT ou IP faisant suite à une maladie ou un Accident résultant de toute affection psychique, névrose, psychose, trouble de la personnalité, trouble psychosomatique ou état dépressif.

IV. LA VIE DU CONTRAT

Article 16 - GARANTIE PROVISOIRE DECES ACCIDENTEL

Sous réserve que l'Assuré ait accepté l'offre préalable de crédit faisant l'objet de cette demande d'assurance, l'Assureur couvre provisoirement le risque de décès de l'Assuré consécutif à un Accident, à hauteur du capital à assurer figurant sur la proposition d'assurance, dans la limite d'un montant maximum de 500.000 euros.

CETTE GARANTIE PROVISOIRE DECES ACCIDENTEL NE COUVRE QUE LES ASSURES AGES DE MOINS DE 70 ANS AU JOUR DE LA RECEPTION PAR L'ASSUREUR DE LA PROPOSITION D'ASSURANCE DUMENT COMPLETEE ET SIGNEE.

Pour un même Assuré, la garantie provisoire décès accidentel ne pourra pas excéder 500.000 euros quel que soit le nombre de propositions d'assurance soumises.

La garantie provisoire décès accidentel prend effet à la date de réception par l'Assureur de la proposition d'assurance **dûment complétée et signée**.

Cette garantie cesse, sans autre avis :

- **15 jours calendaires après l'envoi, par l'Assureur à la personne à assurer, d'un courrier de demande d'informations complémentaires resté sans réponse ;**
- **7 jours calendaires après l'envoi, par l'Assureur à la personne à assurer, de la notification de refus ou d'ajournement ou de la lettre d'acceptation indiquant les éventuelles surprimes ou exclusions, restée sans réponse ;**
- **7 jours calendaires après l'envoi, par l'Assureur au Souscripteur ou à son mandataire, des Conditions Particulières.**

La durée maximale de la garantie est de 60 jours à compter de sa prise d'effet, à l'issue desquels elle expire de plein droit.

La prise d'effet du contrat Super Novaterm Crédit entraîne l'annulation de la garantie provisoire décès accidentel, dans toutes ses clauses et conditions, les deux garanties décès ne pouvant se cumuler.

CETTE GARANTIE EST ACCORDÉE SOUS RÉSERVE DES EXCLUSIONS ÉNONCÉES À L'ARTICLE 8 DES PRÉSENTES CONDITIONS GÉNÉRALES ET N'EST VALABLE QUE POUR LES DECES SUITE A DES ACCIDENTS SURVENUS EN EUROPE (UE, AELE), EN AMERIQUE DU NORD, AU JAPON, EN AUSTRALIE, EN NOUVELLE-ZELANDE, A HONG-KONG ET A SINGAPOUR.

Article 17 - DATE D'EFFET

Sauf couverture de la garantie provisoire décès accidentel décrite à l'article 16, le contrat prend effet à l'encaissement de la première prime par l'Assureur. La date d'effet du contrat est indiquée aux Conditions Particulières.

Article 18 - DURÉE DU CONTRAT

Le contrat SUPER NOVATERM CREDIT est souscrit pour une période limitée dont les dates de début et de fin sont indiquées aux Conditions Particulières ou au dernier avenant venu les modifier.
Toutes les garanties cessent leurs effets au plus tard à la date de fin du contrat indiquée aux Conditions Particulières ou au dernier avenant venu les modifier.

Article 19 - MODIFICATION DU CONTRAT

Toute modification au niveau des garanties est soumise à l'accord préalable de l'Assureur.

Toute modification du crédit, susceptible d'entraîner un changement au contrat, est également soumise à accord de l'Assureur et doit nous **être déclarée dans un délai maximum de 3 mois**.
En cas d'acceptation par l'Assureur, le contrat fera l'objet d'un avenant, signé par le Souscripteur, le Bénéficiaire acceptant et l'Assureur, indiquant les nouvelles garanties et la nouvelle prime correspondante.

Article 20 - PAIEMENT DES PRIMES - RÉSILIATION

Le montant des primes figure aux Conditions Particulières ou au dernier avenant venu les modifier. L'engagement du Souscripteur porte sur le paiement de la prime aux échéances prévues.

Les primes sont payables d'avance, aux échéances prévues. Toute taxe présente ou future établie sur le contrat d'assurance est à la charge du Souscripteur et payable en même temps que la prime.

Le Souscripteur a le choix entre un paiement par primes annuelles ou un paiement fractionné par semestre, trimestre ou mois. Le paiement par prélèvement automatique est obligatoire pour les fractionnements mensuels ou trimestriels.

Le Souscripteur peut mettre fin au contrat, avec l'accord de l'Organisme prêteur, si celui-ci a accepté le bénéfice du contrat, à chaque échéance de paiement de prime par lettre recommandée adressée à l'Assureur à l'adresse suivante :

MetLife - Service Gestion Relation Clientèle - Cœur Défense - Tour A - 110 Esplanade du Général de Gaulle - 92931 LA DEFENSE Cedex.

Le contrat prendra fin à l'issue de la période de garantie précédemment payée.

Conformément aux dispositions de l'Article L.132-20 du Code des assurances, lorsqu'une prime ou fraction de prime n'est pas payée dans les 10 jours suivant son échéance, l'Assureur adresse au Souscripteur une lettre recommandée de mise en demeure par laquelle il l'informe qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de cette lettre, le défaut de paiement de la prime ou fraction de prime échue ainsi que les primes venues à échéance au cours de ce délai entraîne la résiliation de plein droit du contrat.
Une copie de cette lettre sera envoyée à chaque Organisme prêteur.

Article 21 - REMBOURSEMENT ANTICIPE DU OU DES PRETS COUVERTS PAR LE PRESENT CONTRAT

Le Souscripteur est tenu de déclarer à l'Assureur dans un délai de 3 mois tout remboursement partiel ou total du ou des prêts couverts par le présent contrat et de fournir un justificatif de l'organisme prêteur précisant la date du remboursement.

En cas de remboursement total du prêt
L'Assureur procédera à la résiliation du contrat et remboursera une fraction des primes payées couvrant la période postérieure à la date du remboursement anticipé.

En cas de remboursement partiel du prêt
L'Assureur procédera à l'émission d'un avenant prenant effet rétroactivement à la date de remboursement partiel du prêt et pourra être amené à rembourser une fraction des primes payées.

Dans tous les cas, la rétroactivité sera limitée à 3 mois en cas de déclaration hors délai.

Article 22 - REFUS DU OU DES PRET(S) PAR L'ORGANISME PRETEUR

En cas de refus du ou des prêt(s) par l'Organisme prêteur, le Souscripteur doit déclarer à l'Assureur ce refus, dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans les 3 mois, accompagné des pièces justificatives. Les primes afférentes à ce(s) prêt(s), perçues par l'Assureur lors de la souscription, seront alors intégralement remboursées et le contrat sera alors réputé ne jamais avoir pris effet.

En cas de déclaration dans un délai supérieur à 3 mois à compter de la date de refus du ou des prêt(s) par l'Organisme prêteur : l'Assureur procédera à la résiliation du contrat dans les mêmes conditions qu'une résiliation faisant suite à un remboursement anticipé total du prêt (voir article 21).

V. FORMALITES EN CAS DE SINISTRE

Article 23 - DECLARATION DU SINISTRE

Sauf cas fortuit ou de force majeure, l'Assuré ou le(s) Bénéficiaire(s) doivent, dès qu'ils ont connaissance d'un Sinistre susceptible d'entraîner l'application des garanties, en informer l'Assureur, à l'adresse suivante :

MetLife
Service Indemnisations
Cœur Défense - Tour A
110 Esplanade du Général de Gaulle
92931 LA DEFENSE Cedex

Pour les garanties Indemnités Journalières et Exonération du paiement des primes en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail, la déclaration doit être faite dans un délai maximum de 30 jours suivant la fin de la période de Franchise de la garantie concernée.

L'Assuré ou le(s) Bénéficiaire(s) (son représentant légal ou ses ayants droit) doivent fournir à leurs frais, par lettre recommandée, les pièces médicales ou tout autre document dont l'Assureur ou son Médecin Conseil demandera la production (toute pièce médicale est à envoyer sous pli confidentiel au Médecin Conseil de l'Assureur).

L'Assureur se réserve la possibilité de réclamer toute pièce complémentaire nécessaire à l'étude du dossier.

L'Assureur peut, à ses frais, faire procéder à tout moment à des enquêtes et demander que l'Assuré se fasse examiner par un médecin désigné par l'Assureur.

Aucune indemnisation ne sera versée en cas de refus opposé à ces contrôles.

Le paiement des prestations garanties est effectué par l'Assureur dans un délai maximum de trente jours suivant la remise des pièces justificatives énumérées ci-après ou de tout autre document pouvant être demandé par l'Assureur.

Article 24 - PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR EN CAS DE DÉCÈS :

- l'original du contrat (Conditions Particulières, Conditions Générales et avenants éventuels),
- l'original de l'acte de décès de l'Assuré,
- un certificat médical constatant le décès et en précisant la cause,
- une lettre de créance lorsque le Bénéficiaire est l'Organisme prêteur et / ou un extrait d'acte de naissance datant de moins de 3 mois lorsque le Bénéficiaire est une personne physique,
- un certificat Post Mortem et une déclaration de décès (documents fournis par l'Assureur),
- un procès verbal de police ou de gendarmerie ou tout autre rapport des autorités locales en cas d'Accident ou pour tout autre événement ayant donné lieu à l'établissement de ce type de document.

Pour bénéficier des prestations garanties au titre de la garantie provisoire décès accidentel, les Bénéficiaires du contrat devront également transmettre à l'assureur une copie de l'offre préalable de crédit.

L'Assureur se réserve la possibilité de réclamer toute pièce complémentaire nécessaire à l'étude du dossier.

Article 25 - PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE, D'INVALIDITE PERMANENTE ET TOTALE, D'INVALIDITE PROFESSIONNELLE OU D'INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE :

La preuve de l'Invalidité incombe à l'Assuré, lequel est tenu de déclarer la survenance d'un cas d'Invalidité et de faire parvenir à l'Assureur un certificat détaillé du médecin traitant.

Lorsque l'Assuré est assuré social, il doit avoir obtenu le bénéfice :

- de la reconnaissance de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré par la Sécurité Sociale pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.
- d'un taux d'invalidité reconnu par la Sécurité Sociale supérieur ou égal à 66 % ou être classé parmi les invalides de 2ème catégorie par cet organisme, pour la garantie Invalidité Permanente et Totale.
- d'un taux d'invalidité professionnelle supérieur ou égal à 66%, pour la garantie Invalidité Professionnelle.
- d'un taux d'invalidité reconnu par la Sécurité Sociale supérieur à 33% et inférieur à 66% pour la garantie Invalidité Permanente Partielle.

Toutefois, la reconnaissance de l'invalidité par la Sécurité Sociale n'entraîne pas à elle seule le déclenchement de la prestation

par l'Assureur qui reste libre de sa décision.

L'éligibilité au bénéfice de la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente et Totale, Invalidité Professionnelle ou Invalidité Permanente Partielle doit être constatée et appréciée par le Médecin Conseil ou Expert de l'Assureur qui pourra contrôler à tout moment auprès de l'Assuré la persistance de l'Invalidité.

Les pièces justificatives à fournir sont :

- l'original du contrat (Conditions Particulières, Conditions Générales et avenants éventuels),
- un certificat médical détaillé, établissant la nature et la cause de l'invalidité, un descriptif de l'état de santé ainsi que sa date de Consolidation,
- une lettre de créance lorsque le Bénéficiaire est l'Organisme prêteur,
- les rapports d'expertises médicales et judiciaires,
- la notification d'attribution de pension versée par la Sécurité Sociale, lorsque l'Assuré est assuré social,
- le certificat médical de constatation initiale (document fourni par l'Assureur),
- un procès verbal de police ou de gendarmerie ou tout autre rapport des autorités locales en cas d'Accident ou pour tout autre événement ayant donné lieu à l'établissement de ce type de document.

L'Assureur se réserve la possibilité de réclamer toute pièce complémentaire nécessaire à l'étude du dossier.

Article 26 - PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL ET / OU D'EXONERATION DU PAIEMENT DES PRIMES

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail, la demande d'indemnités journalières et / ou de remboursement des primes doit être faite dans les délais et conditions mentionnés à l'Article 23.
A défaut de déclaration dans le délai imparti, l'indemnisation ne pourra débuter qu'à partir du jour de la réception de la déclaration par l'Assureur.

Toute demande dont la déclaration sera reçue dans un délai supérieur à 3 mois après la fin de la période de Franchise ne sera pas prise en charge ni indemnisée par l'Assureur.

La demande doit être accompagnée :

- de l'arrêt de travail initial,
- d'un certificat médical détaillé établi par le médecin traitant (document fourni par l'Assureur),
- des avis de prolongation d'arrêt de travail,
- des décomptes de la Sécurité Sociale correspondant à l'arrêt de travail, lorsque l'Assuré est assuré social,
- d'un procès verbal de police ou de gendarmerie ou tout autre rapport des autorités locales en cas d'Accident ou pour tout autre événement ayant donné lieu à l'établissement de ce type de document.

L'Assureur se réserve la possibilité de réclamer toute pièce complémentaire nécessaire à l'étude du dossier.

VI. DISPOSITIONS DIVERSES

Article 27 - CHANGEMENT DE DOMICILE

Le Souscripteur est tenu d'aviser l'Assureur de tout changement de domicile. A défaut, les lettres recommandées qui seront adressées à son dernier domicile connu seront réputées avoir été reçues.

Article 28 - DROIT DE RENONCIATION

Conformément aux dispositions de l'Article L. 132-5-1 du Code des assurances, le Souscripteur a la faculté de renoncer à son contrat, **dans les 30 jours** qui suivent le moment où il est informé que le contrat est conclu.
Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, envoyée à l'adresse suivante :

MetLife
Service Gestion Relation Clientèle
Cœur Défense - Tour A
110 Esplanade du Général de Gaulle
92931 LA DEFENSE Cedex

Modèle de lettre de renonciation

« Je soussigné(e), (Nom, Prénom), déclare renoncer au contrat d'assurance SUPER NOVATERM CREDIT N° ____ souscrit le __ / __ / ____ et vous prie de m'adresser personnellement le remboursement de la prime versée, soit ____ €. Fait à ____ le __ / __ / ____ Signature : »

La renonciation entraîne la cessation immédiate de toutes les garanties du présent contrat et la restitution de l'intégralité des sommes versées par le Souscripteur dans le délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la demande de renonciation.

Article 29 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT D'ARGENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

L'Assureur participe activement à la lutte contre le blanchiment d'argent et contre le financement du terrorisme. Pour ce faire, l'Assureur peut être amené à interroger les parties au contrat (Souscripteurs, Assurés, Bénéficiaires, tiers payeurs le cas échéant) pour obtenir des précisions supplémentaires.
Il est ainsi notamment demandé au Souscripteur d'expliquer la raison de sa renonciation, si la prime à rembourser dépasse 1000 euros ou d'expliquer la raison d'une résiliation dans les deux premières années de l'assurance.

Article 30 - MÉDIATION

Toute partie au contrat peut formuler des réclamations à l'Assureur à l'adresse suivante :
MetLife - Service Gestion Relation Clientèle - Cœur Défense - Tour A - 110 Esplanade du Général de Gaulle - 92931 LA DEFENSE Cedex.

En cas de réponse non satisfaisante de l'Assureur à une réclamation, il est possible de faire appel au médiateur désigné par la Fédération Française des Sociétés d'Assurances *(FFSA)*, dont les coordonnées sont communiquées par l'Assureur sur simple demande.
Toute réclamation effectuée est sans préjudice des droits du Souscripteur d'intenter une action en justice.

Article 31 - ARBITRAGE ET LITIGE

Si les parties ne sont pas d'accord sur la prise en charge d'un Sinistre, avant toute action judiciaire, elles désigneront chacune un expert. Si les experts ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième expert désigné d'un commun accord. Les trois experts opèrent en commun et à la majorité des voix.
Chaque partie paiera les honoraires de son expert et supportera par moitié les honoraires du troisième expert ainsi que tous frais relatifs à sa nomination. A défaut d'accord sur l'arbitrage amiable, les parties se réservent le droit de porter le litige devant la juridiction française compétente et renoncent à toute procédure dans tout autre pays.

Article 32 - PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Les Données Personnelles recueillies lors de la souscription sont nécessaires au traitement du dossier. Le Souscripteur certifie l'exactitude des données qu'il fournit à l'Assureur, responsable du traitement. Ce dernier pourra les transmettre, le cas échéant, à ses sous-traitants, mandataires et réassureurs qui peuvent se trouver hors de l'Union Européenne. L'Assureur veille alors à mettre en place des mesures de sécurisation des données équivalentes à celles applicables en France. Les informations recueillies pour la mise en place du prélèvement SEPA sont destinées à MetLife ainsi qu'à l'établissement bancaire prélevant les cotisations. Elles peuvent faire l'objet d'un transfert temporaire vers les Etats-Unis, dans le respect d'un niveau de protection des données personnelles équivalent à celui garanti par la législation française. Les Données Personnelles pourront être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, le blanchiment des capitaux ou le financement du terrorisme. Le Souscripteur pourra accéder, conformément à la loi Informatique et Libertés à ses données, les faire rectifier, ou s'opposer à leur traitement pour des motifs légitimes, en adressant une demande écrite à l'attention du Correspondant Informatique et Libertés, en précisant les nom, adresse et référence client, accompagnée d'un justificatif d'identité à :

MetLife
Cœur Défense - Tour A
110 Esplanade du Général de Gaulle
92931 LA DEFENSE Cedex

Le Souscripteur peut également s'opposer à l'utilisation des données à des fins de prospection commerciale par lettre simple envoyée à l'adresse ci-dessus. Les dispositions ci-dessus s'appliquent également à l'Assuré, s'il est différent du Souscripteur.

Article 33 - PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions des articles L.114-1 à L.114-3 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1 / En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
2 / En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.
La prescription est portée à dix ans lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du Souscripteur. Les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré.
La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :
- toute demande en justice, même en référé, tout acte d'exécution forcée,
- toute reconnaissance par l'Assureur du droit à garantie de l'assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'Assureur.

Elle peut également être interrompue :
- par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre,
- par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime, ou par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Article 34 - ORGANISME DE CONTROLE

L'Assureur est soumis au contrôle de la Central Bank of Ireland (l'autorité de tutelle irlandaise)
P.O. Box 11517 Spencer Dock, Dublin 1, IRLANDE

Article 35 - LOI APPLICABLE ET JURIDICTION

Le présent contrat ainsi que les relations pré-contractuelles sont régis par la loi française à laquelle les parties déclarent se soumettre.

Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

MetLife Europe Limited. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de «*private company limited by shares*», immatriculée en Irlande sous le numéro 415123. Succursale pour la France 100 Esplanade du Général de Gaulle, 92400 Courbevoie. 799 036 710 RCS Nanterre.

MetLife Europe Insurance Limited. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de «*private company limited by shares*», immatriculée en Irlande sous le numéro 472350. Succursale pour la France 100 Esplanade du Général de Gaulle, 92400 Courbevoie. 798 956 314 RCS Nanterre.

Siège social de MetLife Europe Limited et MetLife Europe Insurance Limited : 20 on Hatch, lower Hatch Street, Dublin 2, Irlande. MetLife Europe Limited et MetLife Europe Insurance Limited (agissant toutes deux sous le nom commercial MetLife) sont réglementées par la *Central Bank of Ireland*.

SUPER NOVATERM CREDIT PERTE D'EMPLOI

Notice d'Information du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative n° MFL2011003 souscrit par MetLife auprès de MetLife Europe Insurance Limited

CG SNC PE Janvier 2014

I - DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 - OBJET DU CONTRAT

SUPER NOVATERM CREDIT PERTE D'EMPLOI est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrit par MetLife ci-après dénommée le Souscripteur auprès de MetLife Europe Insurance Limited, ci-après dénommée l'Assureur.
Ce contrat relève de la branche 16 (pertes pécuniaires diverses).
Le contrat est, par délégation de l'Assureur, géré par MetLife, ci-après dénommé le Gestionnaire.
SUPER NOVATERM CREDIT PERTE D'EMPLOI a pour objet le versement par l'Assureur d'une indemnité journalière indiquée au certificat d'adhésion en cas de perte d'emploi de l'Assuré survenue pendant la période de validité des garanties.
L'adhésion au contrat est composée de la présente Notice d'Information, du Bulletin d'Adhésion dûment complété et signé, de la Lettre d'Acceptation signée qui récapitule les caractéristiques particulières et garanties au contrat, du Certificat d'Adhésion ainsi que de tout avenant portant modification à l'adhésion au contrat.
Les conditions de couverture ainsi que le tarif sont définis lors de l'adhésion au contrat en fonction des déclarations de l'Assuré.

Article 2 - DEFINITIONS

Pour l'application du présent contrat, on entend par :

Adhérent : La Personne physique ou morale désignée au Certificat d'adhésion. Il est responsable de la déclaration du risque et des obligations définies au contrat, notamment le paiement des primes.
L'Adhérent est obligatoirement souscripteur du contrat d'assurance individuel SUPER NOVATERM CREDIT.

Assuré : Personne physique, nommément désignée au Certificat d'adhésion sur la tête de laquelle repose la garantie. **L'Assuré est obligatoirement assuré au titre du contrat d'assurance individuel SUPER NOVATERM CREDIT.**

Assureur : MetLife Europe Insurance Limited, société d'assurance irlandaise exerçant son activité en France par le biais d'une succursale.

Bénéficiaire : Personne qui perçoit les prestations versées par l'Assureur. L'Assuré est le Bénéficiaire de la garantie Perte d'Emploi.

Date du Sinistre : C'est la date du premier jour indemnisé au titre de l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi (A.R.E) par Pôle Emploi.

Délai de carence : Période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date d'effet de l'adhésion indiquée sur le Certificat d'adhésion. Tout Sinistre survenant pendant le délai de carence, ainsi que ses suites et conséquences, n'est jamais garanti, et ce pendant toute la durée de l'adhésion.

Franchise : Période qui débute à la Date du Sinistre et pendant laquelle les prestations ne sont pas dues. La prise en charge par l'Assureur intervient à l'expiration de cette période de franchise.

Gestionnaire : Le contrat est, par délégation de l'Assureur, géré par MetLife, ci-après dénommé le Gestionnaire.

Reprise d'activité professionnelle : Après une période de Perte d'emploi, l'Assuré retrouve une activité professionnelle à temps complet ou à temps partiel, salariée ou non, occasionnelle ou non, temporaire ou non, quelle que soit la nature de cette activité.

Sinistre : La réalisation d'un événement assuré. L'ensemble des évènements se rattachant à un même fait générateur constitue un seul et même Sinistre.

Souscripteur : MetLife Europe Limited, agissant sous le nom commercial MetLife. Société d'assurance irlandaise ayant son siège social au 20 on Hatch, lower Hatch Street, Dublin 2, Irlande, immatriculée sous le numéro 415123 et réglementée par la Central Bank of Ireland. Société exerçant son activité en France par le biais d'une succursale, ayant son siège au 100 Esplanade du Général de Gaulle, 92400 Courbevoie et immatriculée sous le numéro 799 036 710 RCS Nanterre.

UNEDIC : Régime de l'assurance chômage

Article 3 - CONDITIONS D'ADHESION

Pour pouvoir adhérer au contrat SUPER NOVATERM CREDIT PERTE D'EMPLOI, l'Adhérent doit obligatoirement avoir souscrit auprès du Souscripteur un contrat SUPER NOVATERM CREDIT incluant la garantie incapacité temporaire totale de travail au profit de l'assuré.

Une personne physique peut être assurée plusieurs fois au titre du contrat SUPER NOVATERM CREDIT PERTE D'EMPLOI. Le montant maximum d'indemnisation dû au titre de ces adhésions ne peut excéder 100 € d'indemnité journalière.

Par ailleurs, l'Assuré doit obligatoirement, au jour de l'Adhésion :

- être âgé d'au moins 18 ans et de moins de 64 ans,
- résider en France métropolitaine (hors Corse),
- être salarié du secteur privé et titulaire d'un contrat de travail à durée indéterminée (CDI),
- exercer une activité professionnelle en France métropolitaine (hors Corse) à plein temps ou à temps partiel d'au moins 80% d'un temps plein,

- ne pas être en instance ou préavis de licenciement, ou en période de préretraite ou retraite, ni en période d'essai ou de chômage partiel,
- être affilié au régime de l'UNEDIC.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, l'Adhérent et l'Assuré, s'il est différent, s'expose à la nullité de l'adhésion, conformément à l'article L.113-8 du Code des assurances.

Article 4 - ÉTENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE

La garantie s'étend aux seuls salariés du secteur privé exécutant leur contrat de travail en France métropolitaine (hors Corse). **Les détachés ou expatriés peuvent également bénéficier de la garantie à la condition qu'ils puissent bénéficier selon le régime de l'UNEDIC de l'Aide au Retour à l'Emploi (A.R.E).**

Article 5 - OBJET DE LA GARANTIE

En cas de perte d'emploi consécutive à un licenciement intervenu dans le cadre d'un emploi occupé en CDI, survenue pendant la période de validité de l'adhésion, l'Assureur verse à l'Assuré, à l'issue du Délai de carence et après la période de Franchise, une indemnité journalière dont le montant est indiqué au Certificat d'adhésion et est fonction de l'option choisie à l'adhésion. **Quelle que soit l'option choisie, le montant de l'indemnité journalière ne peut excéder 100 euros par jour et par assuré.**

Pour l'application de la garantie, le Délai de carence est de **180 jours** continus décomptés à partir de la date d'effet de l'adhésion. **Toute perte d'emploi survenue au cours de cette période ne donne pas droit à indemnisation.**

La période de Franchise est de **90 jours** continus à compter du premier jour d'indemnisation de l'Assuré au titre de l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi (A.R.E) par le Pôle Emploi.

Article 5.1 - CONDITIONS D'INDEMNISATION

Pour bénéficier de droits à indemnisation l'Assuré doit **à la Date du Sinistre** :

- être licencié,
- justifier d'une durée d'activité en CDI, à temps plein ou à temps partiel d'au moins 80% d'un temps plein, d'**au moins 365 jours** continus au sein de la même entreprise,
- bénéficier de l'A.R.E.

En cas de Reprise d'activité professionnelle suivie d'une nouvelle perte d'emploi, l'Assuré doit, pour être indemnisé, pouvoir justifier d'une durée d'activité en CDI de **365 jours** continus.

Article 5.2 - DUREE DE L'INDEMNISATION

L'indemnité journalière est versée **au maximum pendant 365 jours** pour un même Sinistre et **au maximum pendant 730 jours** sur toute la durée de l'Adhésion.

Le versement des prestations cesse à la 1ère des dates ci-dessous, soit :

- **à la date de Reprise d'activité professionnelle,**
- **à la date de résiliation de l'adhésion en cas de non-paiement des primes (selon les modalités prévues à l'article L.141-3 du Code des assurances),**
- **A l'issue de 365 jours d'indemnisation pour un même Sinistre,**
- **A l'issue de 730 jours d'indemnisation tous Sinistres cumulés,**
- **A la date de cessation du versement de l'A.R.E par Pôle Emploi,**
- **A la date de départ en retraite ou préretraite de l'Assuré,**
- **A l'échéance annuelle de l'adhésion qui suit le 65ème anniversaire de l'Assuré.**

En tout état de cause l'indemnisation cesse à la date de résiliation du contrat SUPER NOVATERM CREDIT dont l'Adhérent est souscripteur.

Article 6 - EXCLUSIONS

LA PERTE D'EMPLOI N'EST PAS GARANTIE SI ELLE EST DUE A :

- **UNE RUPTURE NEGOCIEE OU A LA DEMISSION DE L'ASSURE SUITE A UNE SUPPRESSION DE POSTE ET A SON REFUS D'EN ACCEPTER UN AUTRE** (même indemnisée par pôle emploi au titre de l'ARE) **;**
- **UNE RUPTURE D'UN CONTRAT DE TRAVAIL QUI N'EST PAS UN CDI DONT LA DUREE EST SUPERIEURE A UN AN AU MOMENT DU SINISTRE ;**
- **UN LICENCIEMENT POUR FAUTE GRAVE OU LOURDE OU POUR FIN DE CHANTIER ;**
- **UN LICENCIEMENT ENTRE CONJOINTS, CONCUBINS, PARTENAIRES LIES PAR UN PACTE CIVIL DE SOLIDARITE, ASCENDANTS, DESCENDANTS OU COLLATERAUX.**

DANS TOUS LES CAS, LA PERTE D'EMPLOI N'EST PAS GARANTIE SI L'ASSURE VIENT A PERCEVOIR TOUTE AUTRE PRESTATION QUE L'ALLOCATION D'AIDE AU RETOUR A L'EMPLOI (ARE).

II - LA VIE DE L'ADHESION

Article 7 - DATE D'EFFET ET DUREE

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion, sous réserve de l'encaissement de la première prime par l'Assureur, pour une durée d'un an puis est ensuite renouvelable annuellement par tacite reconduction. L'acceptation de l'Assureur est notifiée par l'envoi du Certificat d'adhésion.
Elle prend fin à l'extinction de la garantie.
En aucun cas l'adhésion au contrat ne peut être renouvelée au-delà de l'échéance annuelle suivant le 65ème anniversaire de l'Assuré.
L'adhésion prend fin automatiquement en cas de résiliation du contrat SUPER NOVATERM CREDIT dont l'Adhérent est souscripteur.

Article 8 - MODIFICATION DE L'ADHESION

Toute modification au niveau des garanties est soumise à l'accord préalable de l'Assureur. Toute modification des conditions de l'adhésion fera l'objet d'un avenant signé par l'Adhérent et l'Assureur. L'Adhérent sera informé par le Souscripteur avant toutes modifications apportées à ses droits ou obligations dans le respect de l'article L.141-4 du Code des assurances.

Article 9 - PAIEMENT DES PRIMES - REVISION - RESILIATION

Le montant des primes figure au Certificat d'adhésion ou au dernier avenant venu le modifier. L'engagement de l'Adhérent porte sur le paiement de la prime aux échéances prévues.

Les primes sont payables d'avance, aux échéances prévues. Toute taxe présente ou future établie sur le contrat d'assurance est à la charge de l'Adhérent et payable en même temps que la prime.

L'adhérent a le choix entre un paiement par primes annuelles ou un paiement fractionné par semestre, trimestre ou mois. Le paiement par prélèvement automatique est obligatoire.

L'Assureur se réserve la possibilité de modifier chaque année le tarif applicable aux Assurés, si les résultats techniques du contrat sont défavorables. Le nouveau tarif s'appliquera à partir de l'échéance annuelle de chaque adhésion.

L'Adhérent aura la possibilité de résilier son adhésion à condition d'en informer l'Assureur par lettre recommandée quinze jours avant la date d'échéance annuelle de l'adhésion. Toute résiliation de cette nature sera définitive.

Conformément aux dispositions de l'Article L.141-3 du Code des assurances, lorsqu'une prime ou fraction de prime n'est pas payée dans les 10 jours suivant son échéance, l'Assureur adresse à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure par laquelle il l'informe qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de cette lettre, le défaut de paiement de la prime ou fraction de prime échue ainsi que les primes venues à échéance au cours de ce délai entraîne la résiliation de plein droit de l'adhésion.

Article 10 - FIN DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

Article 10.1 - Fin de l'Adhésion

La fin de l'adhésion met fin aux garanties.

L'Adhérent peut résilier son adhésion chaque année :
- à l'échéance annuelle de l'adhésion moyennant préavis de deux mois.
- En cas de cessation ou de changement d'activité professionnelle lorsque ce changement entraine une modification dans la nature et la portée de la garantie. La résiliation doit intervenir dans les trois mois suivant la connaissance de l'évènement et prend effet un mois après sa notification.
- En cas de révision des primes d'assurance selon les dispositions de l'Article 9.

L'Assureur peut résilier l'adhésion pendant les deux premières années de garantie :
- à l'échéance anniversaire de l'adhésion moyennant un préavis de deux mois,
- Après deux ans, le droit au maintien des garanties est acquis jusqu'au terme de l'adhésion indiqué au certificat d'adhésion sauf pour les motifs suivants :
    - Non paiement des primes,
    - Réticence ou fausse déclaration du risque à l'adhésion ou en cours de contrat,
    - Fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues.

L'Adhésion prend fin de plein droit :
- En cas de retrait de l'agrément de l'Assureur,
- A l'issue de **730 jours** d'indemnisation tous Sinistres cumulés,
- A l'échéance annuelle qui suit le 65ème anniversaire de l'Assuré,
- En cas de retraite ou préretraite de l'Assuré,
- En cas de décès de l'Adhérent ou de l'Assuré,
- A la date de résiliation du contrat SUPER NOVATERM CREDIT de l'Adhérent.

En tout état de cause l'adhésion prend fin à la date de fin indiquée au Certificat d'adhésion ou au dernier avenant venu le modifier.

Article 10.2 - Forme de la résiliation

La résiliation de l'adhésion par l'Adhérent doit être notifiée par lettre recommandée au Souscripteur à l'adresse ci-dessous :

MetLife
Service Gestion Relation Clientèle
Cœur Défense - Tour A
110 Esplanade du Général de Gaulle
92931 LA DEFENSE Cedex

L'adhésion prendra fin à l'issue de la période de garantie précédemment payée.

La résiliation de l'Adhésion par l'Assureur doit être notifiée à l'Adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

Article 10.3 - Conséquence de la résiliation sur le droit aux prestations

En cas de résiliation de l'adhésion par l'Adhérent, de plein droit ou par l'Assureur pour non paiement des primes, omission ou inexactitude dans la déclaration du risque, fraude ou tentative de fraude, la garantie et le versement des prestations éventuellement en cours cessent à la date de prise d'effet de la résiliation.

En cas de résiliation par l'Assureur à l'échéance annuelle ou par l'Adhérent suite à une révision des primes ou au refus de l'Assureur de réduire la prime suite à une diminution du risque, la garantie cesse à la date de prise d'effet de la résiliation, mais le versement des prestations au titre d'une Perte d'Emploi survenue pendant la période de garantie est maintenu dans la limite et la durée contractuelle des obligations de l'Assureur.

III - FORMALITES EN CAS DE SINISTRE

Article 11 - DECLARATION DU SINISTRE

Sauf cas fortuit ou de force majeure, l'Assuré doit, dès qu'il a connaissance d'un Sinistre susceptible d'entraîner l'application de la garantie, en informer le Souscripteur, à l'adresse suivante :

MetLife
Service Indemnisations
Cœur Défense - Tour A
110 Esplanade du Général de Gaulle
92931 LA DEFENSE Cedex

La déclaration doit être faite dans un délai maximum de 30 jours suivant la fin de la période de Franchise de la garantie. A défaut de déclaration dans le délai imparti, l'indemnisation ne pourra débuter qu'à partir du jour de la réception de la déclaration par l'Assureur.

Tout Sinistre qui sera déclaré plus d'un an après sa survenance ne sera pas pris en considération.

Le paiement des prestations garanties est effectué par l'Assureur dans un délai maximum de trente jours suivant la remise des pièces justificatives énumérées ci-après ou de tout autre document pouvant être demandé par l'Assureur.

Article 12 - PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR EN CAS DE PERTE D'EMPLOI

- la copie du contrat de travail en vigueur au moment de l'adhésion,
- le certificat de travail du dernier employeur ;
- la copie de la lettre de convocation à l'entretien préalable notifiant le licenciement adressée par l'employeur ; copie de la lettre de licenciement ;
- la copie de l'attestation destinée au Pôle emploi à remplir par l'employeur ;
- la copie de l'avis d'admission à l'allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE) versée par Pôle emploi ou par un organisme prévu à l'article L.351-12 du Code du Travail ;
- les justificatifs de paiement de ladite allocation à compter du 1er jour d'indemnisation par Pôle emploi (les justificatifs de prolongation doivent être fournis au fur et à mesure).

L'Assureur se réserve la possibilité de réclamer toute pièce complémentaire nécessaire à l'étude du dossier.

IV - DISPOSITIONS DIVERSES

Article 13 - CHANGEMENT DE DOMICILE

L'Adhérent est tenu d'aviser le Souscripteur de tout changement de domicile. A défaut, les lettres recommandées qui seront adressées à son dernier domicile connu seront réputées avoir été reçues.

Article 14 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT D'ARGENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

L'Assureur participe activement à la lutte contre le blanchiment d'argent et contre le financement du terrorisme. Pour ce faire, l'Assureur peut être amené à interroger les parties au contrat (Adhérents, Assurés, tiers payeurs le cas échéant) pour obtenir des précisions supplémentaires.

Il est ainsi notamment demandé à l'Adhérent d'expliquer la raison d'une résiliation dans les deux premières années de l'assurance.

Article 15 - MEDIATION

Toute partie au contrat peut formuler des réclamations au Gestionnaire à l'adresse suivante :

MetLife - Service Gestion Relation Clientèle - Cœur Défense - Tour A - 110 Esplanade du Général de Gaulle - 92931 LA DEFENSE Cedex.

En cas de réponse non satisfaisante de l'Assureur à une réclamation, il est possible de faire appel au médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA), dont les coordonnées sont communiquées par l'Assureur sur simple demande. Toute réclamation effectuée est sans préjudice des droits de l'Adhérent d'intenter une action en justice.

Article 16 - ARBITRAGE ET LITIGE

Si les parties ne sont pas d'accord sur la prise en charge d'un Sinistre, avant toute action judiciaire, elles désigneront chacune un expert. Si les experts ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième expert désigné d'un commun accord. Les trois experts opèrent en commun et à la majorité des voix.

Chaque partie paiera les honoraires de son expert et supportera par moitié les honoraires du troisième expert ainsi que tous frais relatifs à sa nomination. A défaut d'accord sur l'arbitrage amiable, les parties se réservent le droit de porter le litige devant la juridiction française compétente et renoncent à toute procédure dans tout autre pays.

Article 17 - PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Les Données Personnelles recueillies lors de l'adhésion sont nécessaires au traitement du dossier. L'Adhérent certifie l'exactitude des données qu'il fournit au Gestionnaire, pour le compte de l'Assureur, responsable du traitement. Ce dernier pourra les transmettre, le cas échéant, à ses sous-traitants, mandataires et réassureurs qui peuvent se trouver hors de l'Union Européenne. L'Assureur veille alors à mettre en place des mesures de sécurisation des données équivalentes à celles applicables en France. Les informations recueillies pour la mise en place du prélèvement SEPA sont destinées à MetLife ainsi qu'à l'établissement bancaire prélevant les cotisations. Elles peuvent faire l'objet d'un transfert temporaire vers les Etats-Unis, dans le respect d'un niveau de protection des données personnelles équivalent à celui garanti par la législation française. Les Données Personnelles pourront être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, le blanchiment des capitaux

ou le financement du terrorisme. L'Adhérent pourra accéder, conformément à la loi Informatique et Libertés à ses données, les faire rectifier, ou s'opposer à leur traitement pour des motifs légitimes, en adressant une demande écrite à l'attention du Correspondant Informatique et Libertés, en précisant les nom, adresse et référence client, accompagnée d'un justificatif d'identité à :

MetLife
Cœur Défense - Tour A
110 Esplanade du Général de Gaulle
92931 LA DEFENSE Cedex

L'Adhérent peut également s'opposer à l'utilisation des données à des fins de prospection commerciale par lettre simple envoyée à l'adresse ci-dessus. Les dispositions ci-dessus s'appliquent également à l'Assuré, s'il est différent de l'Adhérent.

Article 18 - PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions des articles L.114-1 à L.114-3 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1 / En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;

2 / En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- toute demande en justice, même en référé, tout acte d'exécution forcée,
- toute reconnaissance par l'Assureur du droit à garantie de l'assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'Assureur.

Elle peut également être interrompue :

- par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre,
- par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime, ou par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Article 19 - ORGANISME DE CONTROLE

L'Assureur est soumis au contrôle de la Central Bank of Ireland (l'autorité de tutelle irlandaise), P.O. Box 11517 Spencer Dock, Dublin 1, IRLANDE

Article 20 - LOI APPLICABLE ET JURIDICTION

La présente adhésion ainsi que les relations pré-contractuelles sont régies par la loi française à laquelle les parties déclarent se soumettre.

Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation de la présente adhésion sera de la compétence des juridictions françaises.

MetLife Europe Limited. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de «*private company limited by shares*», immatriculée en Irlande sous le numéro 415123. Succursale pour la France 100 Esplanade du Général de Gaulle, 92400 Courbevoie. 799 036 710 RCS Nanterre.

MetLife Europe Insurance Limited. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de «*private company limited by shares*», immatriculée en Irlande sous le numéro 472350. Succursale pour la France 100 Esplanade du Général de Gaulle, 92400 Courbevoie. 798 956 314 RCS Nanterre.

Siège social de MetLife Europe Limited et MetLife Europe Insurance Limited : 20 on Hatch, lower Hatch Street, Dublin 2, Irlande. MetLife Europe Limited et MetLife Europe Insurance Limited (agissant toutes deux sous le nom commercial MetLife) sont réglementées par la *Central Bank of Ireland*.

PROTECTION IMMÉDIATE ACCIDENT

Conditions Générales Référence : CGKAMT04

Janvier 2014

ARTICLE 1 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Le contrat est composé des présentes Conditions Générales, de la proposition d'assurance dûment complétée et signée, de la Lettre d'Acceptation signée qui récapitule les caractéristiques particulières et garanties au contrat, des Conditions Particulières ainsi que de tout avenant portant modification au contrat.

L'Assureur est soumis au contrôle de la Central Bank of Ireland (l'autorité de tutelle irlandaise), P.O. Box 11517 Spencer Dock, Dublin 1, IRLANDE.

Les déclarations du Souscripteur et de l'Assuré servent de base au contrat qui est incontestable dès son entrée en vigueur, sauf l'effet des articles L.113-8 et L.132-26 du code précité.

ARTICLE 2 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat dénommé PROTECTION IMMEDIATE ACCIDENT est un contrat d'assurance individuelle accident relevant de la branche 1 (Accidents), qui a pour objet le versement par l'Assureur du capital garanti indiqué aux Conditions Particulières en cas de **Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (également appelée Invalidité Absolue et Définitive) de l'Assuré consécutifs à un Accident et survenu pendant la période de validité des garanties**.

ARTICLE 3 - DEFINITIONS

Pour l'application du présent contrat, on entend par :

Accident :	Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré ou de celle de ses bénéficiaires, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.
Assuré :	Personne physique, nommément désignée aux Conditions Particulières du contrat et sur la tête de laquelle reposent les garanties. Le contrat PROTECTION IMMEDIATE ACCIDENT est réservé aux personnes résidant en France métropolitaine âgées de 18 à 64 ans inclus au moment de la souscription.
Assureur :	MetLife Europe Limited, agissant sous le nom commercial MetLife (ci-après « MetLife », « nous » ou l'« Assureur »), société d'assurance irlandaise, exerçant son activité en France par le biais d'une succursale.
Bénéficiaire :	Personne physique ou morale désignée aux Conditions Particulières du contrat qui perçoit le capital versé par l'Assureur. Conformément à l'article L.132-9 du Code des Assurances, en présence d'un Bénéficiaire acceptant, l'accord de ce dernier sera nécessaire pour toute modification du contrat.
Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) également appelée Invalidité Absolue et Définitive :	Invalidité physique ou mentale consécutive à un Accident, constatée avant l'âge de 65 ans, mettant l'Assuré dans l'incapacité absolue et définitive d'exercer toute activité rémunératrice et dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante (assimilable à la 3ème catégorie de la Sécurité Sociale).
Souscripteur :	Personne physique ou morale.

ARTICLE 4 - ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties s'étendent au monde entier sauf restriction(s) précisée(s) à l'article 6 « Exclusions » des présentes Conditions Générales. A l'étranger, les garanties sont acquises pour des séjours d'une durée inférieure à 90 jours consécutifs.

Tout état d'invalidité de l'Assuré à la suite d'un Accident garanti, survenu hors de France, doit être constaté médicalement en France métropolitaine pour ouvrir droit au paiement du capital.

ARTICLE 5 - LES GARANTIES

En cas de Décès de l'Assuré des suites directes d'un Accident, l'Assureur verse au(x) Bénéficiaire(s) le montant du capital garanti au jour du décès, indiqué aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venant le modifier. Pour donner lieu à indemnisation, le décès doit intervenir dans les 2 ans qui suivent la date de survenance de l'Accident.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré consécutive à un Accident et constatée dans un délai de 2 ans suivant la survenance de l'Accident, l'Assureur verse par anticipation, à la date de reconnaissance de l'invalidité, le capital prévu en cas de décès. Sauf stipulation contraire aux Conditions Particulières, le bénéfice du capital reviendra à l'Assuré lui-même.

La garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie cesse automatiquement au 65ème anniversaire de l'Assuré.

Le paiement du capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie met fin au contrat dans toutes ses clauses et conditions.

Aucun Accident ne peut donner droit simultanément au versement des capitaux Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

ARTICLE 6 - EXCLUSIONS

SAUF CONVENTION CONTRAIRE INDIQUÉE AUX CONDITIONS PARTICULIÈRES, L'ASSUREUR GARANTIT LES RISQUES DE DÉCÈS ET DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE ACCIDENTELS SOUS RÉSERVE DES EXCLUSIONS ÉNUMÉRÉES CI-APRÈS :

- **LES SUITES ET CONSÉQUENCES D'ACCIDENTS ANTÉRIEURS À LA PRISE D'EFFET DES GARANTIES,**
- **LES CONSÉQUENCES D'ACCIDENTS RELEVANT DU FAIT INTENTIONNEL DE L'ASSURÉ OU DU BÉNÉFICIAIRE DE LA GARANTIE,**
- **TOUTES LES CONSÉQUENCES D'ACTIVITÉS TOMBANT SOUS LE COUP DES SANCTIONS PRÉVUES PAR LE CODE PÉNAL,**
- **LE FAIT DE GUERRE CIVILE OU ÉTRANGÈRE,**
- **LES SUITES ET CONSÉQUENCES D'ÉMEUTES, DE MOUVEMENTS POPULAIRES, D'INSURRECTIONS, DE COMPLOTS, DE GRÈVES, DE RIXES** (sauf cas de légitime défense)**,**
- **LES SUITES ET CONSÉQUENCES D'ATTENTATS EN CAS DE PARTICIPATION ACTIVE DE L'ASSURÉ,**
- **LES CONSÉQUENCES DU SUICIDE OU DE SA TENTATIVE, D'UNE CRISE D'ÉPILEPSIE, DE DELIRIUM TREMENS, D'UNE RUPTURE D'ANÉVRISME, DE L'INFARCTUS DU MYOCARDE, DE L'EMBOLIE CÉRÉBRALE OU DE L'HÉMORRAGIE MÉNINGÉE,**
- **LES ACCIDENTS, LORS DE LA CONDUITE DE TOUT VÉHICULE, PROVOQUÉS PAR L'ÉTAT ALCOOLIQUE DE L'ASSURÉ CARACTÉRISÉ PAR LA PRÉSENCE DANS LE SANG D'UN TAUX D'ALCOOL PUR ÉGAL OU SUPÉRIEUR À CELUI FIXÉ PAR LA LOI RÉGISSANT LA CIRCULATION AUTOMOBILE FRANÇAISE AU MOMENT DU SINISTRE, L'USAGE DE STUPÉFIANTS OU SUBSTANCES ANALOGUES, MÉDICAMENTS OU TRAITEMENTS NON PRESCRITS PAR UNE AUTORITÉ MÉDICALE HABILITÉE.**
  L'ASSUREUR N'AURA PAS À APPORTER LA PREUVE DE L'EXISTENCE D'UN LIEN DE CAUSALITÉ ENTRE L'ÉTAT DE L'ASSURÉ ET L'ACCIDENT.
- **L'ACCIDENT DE NAVIGATION AÉRIENNE SURVENANT ALORS QUE L'ASSURÉ SE TROUVAIT À BORD D'UN APPAREIL EN UNE QUALITÉ DISTINCTE DE CELLE DE SIMPLE PASSAGER DE LIGNES RÉGULIÈRES OU « CHARTER » DÛMENT AGRÉÉS POUR LE TRANSPORT PAYANT DES VOYAGEURS, OU ENCORE DONT LE PILOTE NE DISPOSAIT PAS DES QUALIFICATIONS NÉCESSAIRES, OU ENFIN PARTICIPANT À DES COURSES, ACROBATIES, TENTATIVES DE RECORDS OU VOLS D'ESSAIS ;**
- **LA PRATIQUE PAR L'ASSURÉ DES SPORTS OU ACTIVITÉS SUIVANTS : SPÉLÉOLOGIE ; PLONGÉE SOUS-MARINE ; MOTONAUTISME ; SPORTS AÉRIENS Y COMPRIS LE PARACHUTISME, L'ULM, LE DELTAPLANE ET LE PARAPENTE ; SAUT À L'ÉLASTIQUE ; ESCALADES EN MONTAGNE ET PASSAGE DE GLACIERS ; SKELETON ; EXERCICES ACROBATIQUES,**
- **TOUTE PRATIQUE D'UN SPORT À TITRE PROFESSIONNEL, TOUTE PARTICIPATION À DES COMPÉTITIONS, MATCHES, CONCOURS, PARIS ET RECORDS ; TOUTE PARTICIPATION À UNE COURSE AMATEUR NÉCESSITANT L'UTILISATION D'UN ENGIN À MOTEUR TERRESTRE OU AQUATIQUE, AINSI QUE L'UTILISATION, AVEC OU SANS CONDUITE, D'UN AVION DE TOURISME ;**
- **LES ACCIDENTS RÉSULTANT DE L'UTILISATION PAR L'ASSURÉ, AVEC OU SANS CONDUITE, D'UN VÉLOMOTEUR OU D'UNE MOTOCYCLETTE, À 2 OU PLUS DE 2 ROUES, D'UNE CYLINDRÉE SUPÉRIEURE À 80CM^3.**

SONT ÉGALEMENT EXCLUS :

- **LES EFFETS DIRECTS OU INDIRECTS DE LA MODIFICATION DE LA STRUCTURE DU NOYAU ATOMIQUE ;**
- **LES ACCIDENTS SURVENANT LORSQUE L'ASSURÉ EFFECTUE DES PÉRIODES MILITAIRES OU DES EXERCICES DE PRÉPARATION MILITAIRE OU EN RÉSULTANT ;**
- **LES ACCIDENTS SURVENANT LORS DE SÉJOURS POUR DES RAISONS PROFESSIONNELLES, HORS D'EUROPE (UNION EUROPÉENNE, ASSOCIATION EUROPÉENNE DE LIBRE ECHANGE), AMÉRIQUE DU NORD, JAPON, AUSTRALIE, NOUVELLE-ZÉLANDE, HONG-KONG, SINGAPOUR ;**
- **LES ACCIDENTS SURVENANT LORS DE L'EXERCICE D'UNE PROFESSION COMPORTANT LES ACTIVITÉS SUIVANTES :**
  - **SÉCURITÉ OU PROTECTION IMPLIQUANT L'UTILISATION D'ARMES DE DÉFENSE,**
  - **ENTRAÎNANT LA PARTICIPATION À DES CHANTIERS DE CONSTRUCTION, DESTRUCTION, PLATE-FORME D'EXPLORATION OU DE FORAGE,**
  - **ENTRAÎNANT UNE EXPOSITION À DES SUBSTANCES OU PRODUITS DANGEREUX (TOXIQUES, CORROSIFS, EXPLOSIFS, OU INFLAMMABLES).**

ARTICLE 7 - LA VIE DU CONTRAT

1. Effet et durée des garanties

Le contrat prend effet dès l'enregistrement par l'Assureur de la demande de souscription, dûment complétée et signée. La date d'effet du contrat est indiquée aux Conditions Particulières. Toute modification au niveau des garanties est soumise à l'accord préalable de l'Assureur.

Sauf dispositions contraires stipulées aux Conditions Particulières, le contrat est établi **pour une durée d'un an** à compter de la date d'effet et se renouvelle ensuite tacitement à chaque échéance annuelle.

2. Résiliation du contrat

Par le Souscripteur :

Le Souscripteur peut, s'il le souhaite, mettre fin au contrat à tout moment, en avisant l'Assureur par lettre recommandée, la résiliation prenant effet au terme de la période de garantie précédemment payée.

Il peut également mettre fin au contrat en cas de majoration tarifaire (cf. article 7.4 Primes), à l'échéance annuelle, dans les 30 jours qui suivent sa notification par l'Assureur.

Par l'Assureur :

L'Assureur peut résilier le contrat :

- à échéance annuelle moyennant une lettre recommandée adressée dans un délai d'au moins 60 jours avant la date d'échéance, le cachet de la poste faisant foi,
- en cas de non-paiement des primes aux échéances prévues (cf. article 7.4 Primes).

De plein droit :

- en cas de retrait d'agrément de l'Assureur.

3. Cessation du contrat

Outre les possibilités de résiliation prévues par ailleurs au contrat par l'une ou l'autre des parties, **le contrat cesse automatiquement et sans autre avis à l'échéance annuelle qui suit le 75ème anniversaire de l'Assuré** ainsi qu'en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré.

4. Primes

L'engagement du Souscripteur porte sur le paiement des primes aux échéances prévues.

Les primes d'assurance sont payables d'avance en fonction de la périodicité choisie par le Souscripteur. Toute taxe présente ou future établie sur le contrat d'assurance est à la charge du Souscripteur et payable en même temps que la prime.

La prime et sa périodicité de règlement sont fixées contractuellement et reportées aux Conditions Particulières ou au dernier avenant venu les modifier.

Nous nous engageons à ne pas augmenter les primes à titre individuel. Si nous étions amenés à augmenter le tarif de base pour ce contrat, le Souscripteur serait avisé de cette révision au moins 2 mois avant l'échéance annuelle et elle porterait sur l'ensemble des Assurés ayant souscrit un contrat PROTECTION IMMEDIATE ACCIDENT au tarif faisant l'objet de la révision.

Défaut de paiement des primes

A défaut de règlement dans les 10 jours suivant l'échéance, l'Assureur, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice, peut, par lettre recommandée de mise en demeure, adressée au Souscripteur à son dernier domicile connu, suspendre la garantie trente jours après l'envoi de cette lettre (Art. L 113-3 du Code des Assurances).

La suspension de garantie pour non-paiement de la prime ou d'une fraction de prime, signifie que l'Assureur est dégagé de tout engagement à l'égard de l'Assuré au cas où un sinistre surviendrait durant cette période de suspension.

La suspension produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période d'assurance considérée relative à la prime impayée. La suspension de garantie ne dispense pas le Souscripteur de l'obligation de payer la prime annuelle de son contrat.

Dans le cas où la prime est fractionnée, le non-paiement d'une fraction de prime à l'échéance peut entraîner l'annulation du fractionnement et l'exigibilité, par lettre recommandée adressée au Souscripteur, de la totalité des fractions dues au titre de l'année en cours.

L'Assureur peut résilier le contrat dix jours après la suspension si aucun règlement n'est intervenu en le notifiant au Souscripteur dans la mise en demeure ou par une nouvelle lettre recommandée.

Le contrat non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où la prime arriérée ou, en cas de fractionnement de la prime annuelle, les fractions de prime ayant fait l'objet de la mise en demeure (Art. L.113-3 du Code des Assurances) et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement auront été payés à l'Assureur.

5. Changement de domicile

Le Souscripteur est tenu d'aviser l'Assureur de tout changement de domicile. A défaut, les lettres recommandées adressées par l'Assureur à son dernier domicile connu seront réputées avoir été reçues.

ARTICLE 8 - QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

1. Déclaration du sinistre

Tout sinistre de nature à entraîner la mise en jeu des garanties du contrat doit être déclaré obligatoirement dans les 30 jours suivant sa survenance, sauf cas fortuit ou de force majeure, à :

MetLife
Service Indemnisations
Cœur Défense - Tour A
110 Esplanade du Général de Gaulle
92931 LA DEFENSE Cedex

L'Assuré ou les Bénéficiaires doivent également fournir à leurs frais, les pièces médicales ou tout autre document dont l'Assureur ou son Médecin Conseil demandera la production.

Le paiement des prestations garanties est effectué par l'Assureur dans les quinze jours suivant la remise des pièces justificatives énumérées ci-dessous ou de tout autre document pouvant être demandé par l'Assureur.

En cas d'emploi intentionnel de documents inexacts ou de moyens frauduleux, l'Assuré et/ou le Bénéficiaire seront entièrement déchus de tous droits à indemnités. Il en sera de même en cas de réticence dans la déclaration du sinistre, tendant à exagérer ou à dénaturer les suites de l'Accident, à en déguiser les causes ou à en prolonger les conséquences.

2. Pièces à fournir

Dans tous les cas, l'Assureur aura besoin des pièces suivantes pour établir le dossier :

- Un procès verbal de police ou de gendarmerie ou tout autre rapport des autorités locales établissant les circonstances de l'Accident
- Les originaux des Conditions Générales, des Conditions Particulières et des avenants éventuels.

En cas de décès :

- Un extrait d'acte de décès ou bulletin de décès de l'Assuré,
- Un certificat médical constatant le décès et en précisant la cause,
- Un extrait d'acte de naissance de chaque Bénéficiaire, datant de moins de 3 mois,
- Un certificat Post Mortem rempli par le médecin traitant et une déclaration de décès (documents fournis par l'Assureur).

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- Un certificat médical détaillé établissant la nature et la cause de l'invalidité,

- Les rapports d'expertise médicale ou judiciaire,
- La notification d'attribution de pension versée par la Sécurité Sociale, lorsque l'Assuré est assuré social,
- Le certificat médical de constatation initiale (document fourni par l'Assureur).

L'Assureur se réserve la possibilité de réclamer toute autre pièce complémentaire nécessaire à l'étude du dossier.

Par ailleurs, l'Assureur peut, à ses frais, faire procéder à tout moment à des enquêtes et demander que l'Assuré se fasse examiner par un médecin qu'il aura désigné. Aucune indemnisation ne sera versée en cas de refus opposé à ces contrôles.

L'ensemble des réclamations se rattachant à un même fait générateur constitue un seul et même sinistre. Le paiement du capital est définitif et décharge l'Assureur de tout recours ultérieur se rapportant au sinistre ou à ses suites. De plus, le paiement du capital auquel le Bénéficiaire a droit, met automatiquement fin au contrat.

ARTICLE 9 - DISPOSITIONS DIVERSES

1.Souscriptions multiples

En aucun cas, il ne peut être souscrit plusieurs fois au contrat PROTECTION IMMEDIATE ACCIDENT pour le même Assuré. Si cela était, l'engagement de l'Assureur serait en tout état de cause limité à la première souscription.

2. Arbitrage et litige

Si les parties ne sont pas d'accord sur la prise en charge d'un sinistre, avant toute action judiciaire, elles désigneront chacune un expert. Si les experts ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième expert désigné d'un commun accord. Les trois experts opèrent en commun et à la majorité des voix.

Chaque partie paiera les honoraires de son expert et supportera par moitié les honoraires du troisième expert ainsi que tous frais relatifs à sa nomination. A défaut d'accord sur l'arbitrage amiable, les parties se réservent le droit de porter le litige devant le Tribunal de Grande Instance de la République française territorialement compétent et renoncent à toute procédure dans tout autre pays.

3. Médiation

Toute partie au contrat peut formuler des réclamations à l'Assureur à l'adresse suivante : **MetLife - Service Gestion Relation Clientèle - Coeur Défense - Tour A - 110 Esplanade du Général de Gaulle 92931 LA DEFENSE Cedex.**

En cas de réponse non satisfaisante de l'Assureur à une réclamation, il est possible de faire appel au médiateur désigné par la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA), dont les coordonnées sont communiquées par l'Assureur sur simple demande. Toute réclamation effectuée est sans préjudice des droits du Souscripteur d'intenter une action en justice.

4. Loi applicable et juridiction

Le présent contrat ainsi que les relations pré-contractuelles sont régis par la loi française à laquelle les parties déclarent se soumettre.

Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

5. Prescription

Conformément aux dispositions des articles L.114-1 à L.114-3 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1 / En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
2 / En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.
La prescription est portée à dix ans lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du Souscripteur. Les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré.
La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :
- toute demande en justice, même en référé, tout acte d'exécution forcée,
- toute reconnaissance par l'Assureur du droit à garantie de l'assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'Assureur.

Elle peut également être interrompue :
- par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre,
- par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime, ou par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

6. Informatique et libertés

Les Données Personnelles recueillies lors de la souscription sont nécessaires au traitement du dossier. Le Souscripteur certifie l'exactitude des données qu'il fournit à l'Assureur, responsable du traitement. Ce dernier pourra les transmettre, le cas échéant, à ses sous-traitants, mandataires et réassureurs qui peuvent se trouver hors de l'Union Européenne. L'Assureur veille alors à mettre en place des mesures de sécurisation des données équivalentes à celles applicables en France. Les informations recueillies pour la mise en place du prélèvement SEPA sont destinées à MetLife ainsi qu'à l'établissement bancaire prélevant les cotisations. Elles peuvent faire l'objet d'un transfert temporaire vers les Etats-Unis, dans le respect d'un niveau de protection des données personnelles équivalent à celui garanti par la législation française. Les Données Personnelles pourront être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, le blanchiment des capitaux ou le financement du terrorisme. Le Souscripteur pourra accéder, conformément à la loi Informatique et Libertés à ses données, les faire rectifier, ou s'opposer à leur traitement pour des motifs légitimes, en adressant une demande écrite à l'attention du Correspondant Informatique et Libertés, en précisant les nom, adresse et référence client, accompagnée d'un justificatif d'identité à : MetLife Coeur Défense - Tour A - 110 Esplanade du Général de Gaulle - 92931 LA DEFENSE Cedex
Le Souscripteur peut également s'opposer à l'utilisation des données à des fins de prospection commerciale par lettre simple envoyée à l'adresse ci-dessus. Les dispositions ci-dessus s'appliquent également à l'Assuré, s'il est différent du Souscripteur.

MetLife Europe Limited. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de «*private company limited by shares*», immatriculée en Irlande sous le numéro 415123. Succursale pour la France 100 Esplanade du Général de Gaulle, 92400 Courbevoie. 799 036 710 RCS Nanterre.

MetLife Europe Insurance Limited. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de «*private company limited by shares*», immatriculée en Irlande sous le numéro 472350. Succursale pour la France 100 Esplanade du Général de Gaulle, 92400 Courbevoie. 798 956 314 RCS Nanterre.

Siège social de MetLife Europe Limited et MetLife Europe Insurance Limited : 20 on Hatch, lower Hatch Street, Dublin 2, Irlande. MetLife Europe Limited et MetLife Europe Insurance Limited (agissant toutes deux sous le nom commercial MetLife) sont réglementées par la *Central Bank of Ireland*.

Déclaration de santé (DS)





À compléter et à signer sans rature, ni surcharge, par les assurés âgés de :

- **45 ans ou moins,** s'assurant pour un capital compris entre **15 000 € et 250 000 €**
- **46 ans à 55 ans,** s'assurant pour un capital compris entre **15 000 € et 150 000 €**
- **56 à 65 ans,** s'assurant pour un capital compris entre **15 000 € et 30 000 €**
- **66 à 85 ans,** s'assurant pour un capital compris entre **7 500 € et 30 000 €**

1er Assuré

NOM :

Prénom :

2ème Assuré

NOM :

Prénom :

Je soussigné(e) déclare :

1 Ne pas être atteint, à ma connaissance, d'une infirmité, d'une affection ou d'une maladie de quelque nature que ce soit et ne pas suivre de traitement ou ne pas être en cours d'investigations ou de surveillance médicale.

2 Ne pas avoir été, au cours des 10 dernières années, sous traitement ou contrôle médical pendant plus de 21 jours consécutifs.

3 Ne pas devoir, à ma connaissance, être hospitalisé ou subir des examens ou un bilan médical à visée diagnostique.

4 Ne pas avoir été, au cours des 10 dernières années, hospitalisé pour une intervention chirurgicale (à l'exclusion des végétations, des amygdales, de l'appendice, des hémorroïdes, de la cloison nasale, des varices, des dents de sagesse, maternité), ou pour un bilan médical, un traitement, des examens.

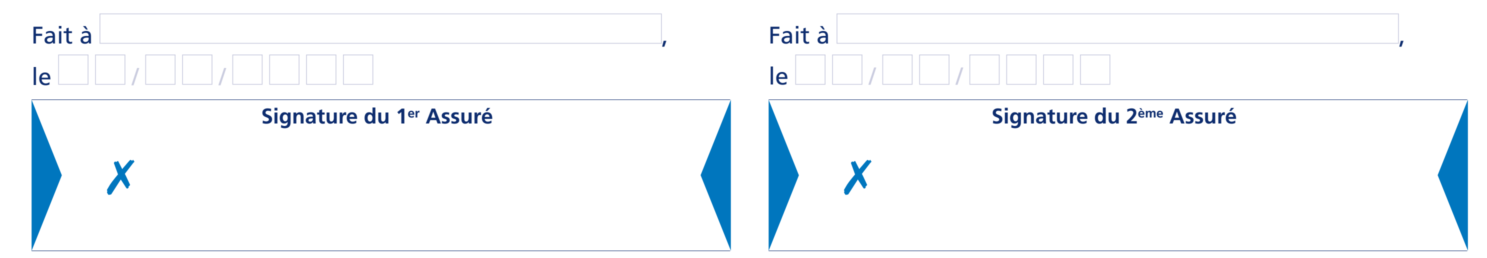
5 Ne pas être en incapacité de travail totale ou partielle ou ne pas avoir été, au cours des 5 dernières années, en arrêt de travail total ou partiel pendant plus de 21 jours consécutifs (hormis l'arrêt pour maternité).

6 Ne pas avoir subi un test de dépistage des sérologies VHB, VHC (virus des hépatites), VIH 1 et 2 (SIDA) qui se soit révélé positif.

7 Ne pas devoir séjourner à titre professionnel ou dans un but humanitaire hors d'Europe (UE / AELE), Amérique du Nord, Australie, Nouvelle-Zélande, Hong-Kong, Singapour, Japon.

8 Que la différence entre ma taille en cm et mon poids en kg est comprise entre 80 et 120.

Les informations recueillies sur ce document sont nécessaires à l'étude et au traitement de votre demande qui se feront dans le strict respect du secret médical. Par votre signature, vous consentez expressément au traitement de vos données médicales par MetLife, ses mandataires et réassureurs. Vous pouvez, conformément à la Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, y accéder, les faire rectifier ou vous opposer à leur traitement pour des motifs légitimes, en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à MetLife, Cœur Défense, Tour A, 110 Esplanade du Général de Gaulle, 92931 LA DEFENSE Cedex, à l'attention du « Médecin Conseil » en précisant vos nom, prénom et si possible votre référence client.



Notez bien : Si l'un des assurés ne peut pas signer cette déclaration, jusqu'à 65 ans il doit systématiquement remplir le QUESTIONNAIRE DE SANTÉ SIMPLIFIÉ ci-joint. À partir de 66 ans, l'assuré doit remplir le QUESTIONNAIRE DE SANTÉ. Le cas échéant, des formalités complémentaires pourront lui être demandées ensuite par MetLife.

Si vous souhaitez être couvert pour les sports exclus, merci de compléter le questionnaire sportif approprié *(disponible auprès de votre intermédiaire)*.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle changeant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour MetLife entraîne la nullité de l'assurance (art. L. 113-8 du Code des Assurances). Le présent questionnaire doit être adressé sous pli confidentiel à : MetLife - DIP - Cœur Défense - Tour A - 110 Esplanade du Général de Gaulle - 92931 LA DEFENSE Cedex.

Février 2014

Des formalités médicales à effectuer ?

Pour un traitement plus rapide de votre dossier, rendez-vous chez un de nos centres médicaux partenaires présents dans toute la France :

CBSA (Centre Bilans de Santé Assurance)	0 810 332 932 (Prix d'un appel local depuis un poste fixe)
ABSYL France	0 241 877 308
ABCOS CIVEM	0 810 12 12 12 (Prix d'un appel local depuis un poste fixe)

Rapide : Vous obtenez un rendez-vous sous 48 h et vous passez tous vos examens lors d'une visite unique,

Simple : Vous n'avez pas de frais à avancer,

Efficace : Les résultats sont transmis directement à MetLife dans le respect de la confidentialité et du secret médical.

Renvoyez l'ensemble de votre dossier à :

MetLife - DIP
à l'attention du Médecin Conseil
Cœur Défense - Tour A
110 Esplanade du Général de Gaulle
92931 LA DEFENSE Cedex

Si vous devez remplir le Questionnaire de Santé :

Renseignez précisément le questionnaire de santé sans oublier vos noms, prénoms et date de naissance.

Veillez à apporter obligatoirement une réponse à chaque question.

Question 2b

Si vous êtes titulaire d'autres contrats d'assurance décès ou invalidité, renseignez obligatoirement la date de souscription, le montant en cours et le nom de la ou des compagnie(s) d'assurance.

Question 3

Si vous pratiquez un sport à risque ou si vous envisagez de vous déplacer, séjourner ou résider hors d'Europe, demandez à votre intermédiaire un questionnaire spécifique.

Question 5

Pour les femmes, si votre dernière mammographie date de moins d'1 an, communiquez-nous une copie du compte-rendu de l'examen.

Question 10

Si vous prenez des médicaments ou recevez des soins médicaux, déclarez bien tous les traitements suivis (médicaments / soins) ainsi que la nature de la pathologie nécessitant ce ou ces traitements.

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ (QS) SNCQUSA-1 MetLife

SNCQUSA-2

N'oubliez pas d'inscrire votre Nom et Prénoms

Si vous avez une maladie à déclarer ou si vous suivez un traitement médical, merci de vous rendre sur le site **www.metlife.fr/mesquestionnaires** afin de télécharger les éventuels questionnaires liés.

Question 11

Si vous avez eu des affections ou des symptômes énumérés à la question 11 : fournissez une copie des documents médicaux en votre possession réalisés au moment du diagnostic et dans le cadre du suivi de la pathologie.

Question 13

Si vous avez été opéré ou hospitalisé, joignez une copie du compte-rendu d'hospitalisation ainsi que les comptes-rendus opératoires et histologiques.

Question 15

N'oubliez pas de joindre les copies de l'ensemble des résultats des examens déclarés.

N'oubliez pas de dater et signer

MetLife s'engage à respecter la Convention AERAS pour les personnes souhaitant s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé et propose une assurance emprunteur adaptée.

Pour plus d'information, demandez le dépliant d'information AERAS MetLife à votre intermédiaire ou consultez-le sur notre site Internet :

www.metlife.fr

Centres médicaux partenaires

Comment ça marche ?

> Un appel au N° indiqué puis il suffit de se laisser guider,
> Vous obtenez un **rendez-vous sous 48 h** et vous passez tous vos examens lors d'une **visite unique,**
> Vous n'avez **pas de frais à avancer,**
> Les résultats sont **transmis directement** à MetLife dans le respect de la confidentialité et du secret médical.

Documents à apporter lors du rendez-vous

> Votre pièce d'identité,
> Votre exemplaire de proposition d'assurance,
> Le tableau des formalités médicales joint à votre proposition d'assurance.

ABCOS CIVEM

N° Azur 0 810 12 12 12

- ABBEVILLE
- AIX EN PROVENCE
- AMIENS
- AGEN
- ALENCON
- ANGERS
- ANGOULEME
- ANNECY
- ANNEMASSE
- ANZIN (VALENCIENNES)
- ARLES
- ARRAS
- AURILLAC
- AUXERRE
- AVIGNON
- BASTIA
- BAYONNE
- BERGERAC
- BESANCON
- BERCK SUR MER
- BEZIERS
- BIARRITZ
- BIZANOS
- BLOIS
- BORDEAUX
- BOURG EN BRESSE
- BOURGES
- BREST
- CAEN
- CAHORS
- CANNES
- CARCASSONNE
- CHALON/SAONE
- CHAMBERY
- CHARTRES
- CHATEAU THIERRY
- CHÂTEAUROUX
- CHERBOURG
- CLERMONT FERRAND
- COLMAR
- COMPIEGNE
- CROIX
- CUISE LA MOTTE
- DIJON
- DUNKERQUE
- EVREUX
- EPERNAY
- EPINAL
- FONTAINBLEAU
- GAP
- GRENOBLE
- GUILHERAND GRANGES
- LE HAVRE
- LANNION
- LAVAL
- LA ROCHE / YON
- LE MANS
- LE PUY EN VELAY
- LILLE
- LIMOUX
- LIMOGES
- LORIENT
- LONS LE SAUNIER
- LYON
- MACON
- MARCQ EN BAROEUL
- MARSEILLE
- METZ
- MONTARGIS
- MONTAUBAN
- MONT DE MARSAN
- MONTLUCON
- MONTPELLIER
- MONTS
- MULHOUSE
- NANCY
- NANTES
- NARBONNE
- NEUILLY/ SEINE
- NEVERS
- NICE
- NÎMES
- NIORT
- NOGENT SUR MARNE
- ORLEANS
- PARIS
- PAU
- PERIGUEUX
- PERPIGNAN
- PITHIVIERS
- POITIERS
- PUY EN VELAY
- QUIMPER
- REIMS
- RENNES
- ROUEN
- RODEZ
- ROUBAIX
- SAINT BRIEUC
- SELESTAT
- STRASBOURG
- SENS
- SOISSONS
- ST BRIEUC
- ST ETIENNE
- ST LÔ
- ST MALO
- TARBES
- THIONVILLE
- TOULOUSE
- TOULON
- TOURS
- TROYES
- VALENCE
- VANNES

ABSYL France

N° 0 241 877 308

- AIX EN PROVENCE
- ALES
- AMIENS
- ANCENIS
- ANGERS
- ARLES
- AVIGNON
- BEAUVAIS
- BLOIS
- BORDEAUX
- BOULOGNE
- BOURGES
- BREST
- CAEN
- CALAIS
- CHARTRES
- CHÂTEAUROUX
- CHATOU
- CHINON
- CHOLET
- CLERMONT-FERRAND
- COLMAR
- DUNKERQUE
- EVREUX
- EVRY
- GRENOBLE
- LA ROCHE SUR YON
- LE HAVRE
- L'ISLE ADAM
- LORIENT
- LYON
- MARSEILLE
- MELUN
- MONTARGIS
- MONTPELLIER
- NANCY
- NANTES
- NEUILLY SUR SEINE
- NÎMES
- NIORT
- NOGENT SUR MARNE
- ORLEANS
- PARIS
- PAU
- PERIGUEUX
- POITIERS
- PUTEAUX
- REIMS
- RENNES
- RODEZ
- ROUEN
- SAINT BRIEUC
- SAINT DENIS
- SAINT LÔ
- SAINT NAZAIRE
- ST ETIENNE
- STRASBOURG
- TARBES
- TOULON
- TOULOUSE
- TOURS
- VALENCIENNES
- VANNES
- VENDOME

Centre CBSA

N° Azur 0 810 332 932

- AMIENS
- ANGERS
- ANNECY
- ANNEMASSE
- AUXERRE
- BESANÇON
- BORDEAUX
- BOURGES
- CAEN
- CLERMONT-FERRAND
- DIJON
- GRENOBLE (MEYLAN)
- LA ROCHELLE
- LE HAVRE
- LILLE
- LIMOGES
- LYON
- MARSEILLE
- METZ
- MONTPELLIER
- MULHOUSE
- NANCY
- NANTES
- NICE
- ORLÉANS
- PARIS
- PAU
- PERPIGNAN
- POITIERS
- QUIMPER
- REIMS
- RENNES
- ROUEN
- SAINT-GERMAIN-EN-LAYE
- STRASBOURG
- TOULON
- TOULOUSE
- TOURS
- VALENCE
- VERSAILLES

L'hôpital Américain

N° 01 46 41 27 38

- NEUILLY

Polyclinique St-Jean

N° 04 92 13 53 13

- CAGNES SUR MER

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ SIMPLIFIÉ (QSS)



N° de Police :

SNCQUSS

POUR UN TRAITEMENT RAPIDE DE VOTRE DOSSIER, RÉPONDEZ IMPÉRATIVEMENT À TOUTES LES QUESTIONS

Vous pouvez, à votre demande, vous faire assister par votre conseiller pour remplir ce questionnaire

1	a) **NOM et Prénom** *(suivi s'il y a lieu du nom de jeune fille)* : b) Date de naissance / / Profession actuelle et antérieure :			
		NON	**OUI**	**Si OUI, merci de préciser impérativement :**
2	a / Avez-vous soumis une ou plusieurs propositions d'assurance vie qui ont été refusées, ajournées, surprimées, acceptées avec restriction ou qui sont en attente d'acceptation ?	☐	☐	Auprès de quelle(s) Compagnie(s) ? Date : / / Décision : Motif de la restriction :
	b / Etes-vous titulaire d'autres contrats d'assurance décès ou invalidité ?*(hors prévoyance collective)*	☐	☐	Auprès de quelle(s) Compagnie(s) ? Total des montants en cours assurés : € Date de souscription : / /
3	a / Sports pratiqués ? *(y compris aviation)*	☐	☐	Lesquels ?
	b / Envisagez-vous de vous déplacer, de séjourner, ou de résider hors d'Europe *(UE, AELE)*, Amérique du Nord, Japon, Australie, Nouvelle-Zélande, Hong-Kong, Singapour ?	☐	☐	But : ☐ professionnel ☐ tourisme, loisirs Où *(pays, villes)* ? Fréquence : ☐ régulière ☐ occasionnelle Quand : ☐ au cours des 12 prochains mois ☐ futur
4	Fumez-vous ou avez-vous fumé *(quantité par jour)* ?	☐	☐	☐ Cigarettes ☐ Cigares ☐ Pipes Date d'arrêt éventuel : / / Motif :
5	Veuillez nous indiquer votre taille et votre poids :	Taille	cm	Poids kg
6	Vous trouvez-vous en arrêt de travail ?	☐	☐	☐ Total ☐ Partiel Depuis : Pourquoi ?
7	Avez-vous été, durant les 5 dernières années, incapable de travailler pendant plus de 21 jours consécutifs ou non consécutifs ?	☐	☐	Quand ? Durée : Pourquoi ?
8	Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié d'une pension d'invalidité ?	☐	☐	Pour quelle affection ? Depuis quand ? Taux : %
9	Prenez-vous des médicaments régulièrement ou recevez-vous des soins médicaux ?	☐	☐	Médicaments / Soins : Pour quels motifs ?
10	Au cours des 5 dernières années, avez-vous été traité médicalement pendant plus de 21 jours consécutifs ?	☐	☐	Pour quels motifs ? Date : / /
11	Au cours des 10 dernières années, avez-vous subi une radiothérapie, une chimiothérapie, une transfusion ?	☐	☐	Pour quels motifs ? Date : / /
12	Avez-vous ou non subi au cours des 5 dernières années un test de dépistage des sérologies, VHB, VHC (hépatites), VIH ? ***(Joindre le résultat des examens anormaux)***	☐	☐	Nature de(s) l'examen(s) : Date(s) : Résultats :
13	Au cours des 5 dernières années, avez-vous effectué un ou plusieurs examens médicaux (analyses de sang, radiographies, scanner, IRM, électrocardiogramme, échographie, scintigraphie ou autres examens) qui se soient révélés anormaux et/ou qui aient nécessité un traitement ou une surveillance ? ***(Joindre le résultat des examens anormaux)***	☐	☐	Lesquels ? Date(s) : Résultats :
14	Au cours des 10 dernières années, avez-vous été hospitalisé ou opéré (autre que pour : appendicite, hernies de la paroi abdominale guéries, hemorroïdes, amygdales, végétations, déviation de la cloison nasale, maternité, varices, dents de sagesse) ?***(Joindre une copie des comptes rendus opératoires)***	☐	☐	Quand ? Durée : Pour quel motif ?
15	Devez-vous être hospitalisé prochainement ou subir une intervention chirurgicale, un bilan, des investigations médicales spécialisées ?	☐	☐	Quand ? Durée : Pour quel motif ?
16	Au cours des 10 dernières années, êtes-vous ou avez-vous été atteint d'une infirmité ou d'une affection de quelque nature que ce soit ? *(hormis affections saisonnières)*	☐	☐	Laquelle ? Dates ? Séquelles ?

Les informations recueillies sur ce document sont nécessaires à l'étude et au traitement de votre demande qui se feront dans le strict respect du secret médical. Par votre signature, vous consentez expressément au traitement de vos données médicales par MetLife, ses mandataires et réassureurs. Vous pouvez, conformément à la Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, y accéder, les faire rectifier ou vous opposer à leur traitement pour des motifs légitimes, en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à MetLife, Cœur Défense, Tour A, 110 Esplanade du Général de Gaulle, 92931 LA DEFENSE Cedex, à l'attention du « Médecin Conseil » en précisant vos nom, prénom et si possible votre référence client.

Je soussigné (Nom et Prénom)
certifie avoir répondu sincèrement aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé. J'autorise les médecins et les autres personnes interrogées par la société à donner confidentiellement à son service médical les renseignements demandés en relation avec le contrat d'assurance.

Fait à , le / /

✗

Signature de la personne à assurer

MERCI DE JOINDRE TOUS LES JUSTIFICATIFS MÉDICAUX DEMANDÉS.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle changeant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour MetLife entraîne la nullité de l'assurance (art. L. 113-8 du Code des Assurances). Le présent questionnaire doit être adressé sous pli confidentiel à : MetLife - DIP - à l'attention du Médecin Conseil - Cœur Défense - Tour A - 110 Esplanade du Général de Gaulle - 92931 LA DEFENSE Cedex.

Février 2014

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ (QS)

SNCQUSA-1



N° de Police :

POUR UN TRAITEMENT RAPIDE DE VOTRE DOSSIER, RÉPONDEZ IMPÉRATIVEMENT À TOUTES LES QUESTIONS

Vous pouvez, à votre demande, vous faire assister par votre conseiller pour remplir ce questionnaire

	Question	NON	OUI	Si OUI, merci de préciser impérativement :
1	a) **NOM et Prénom** *(suivi s'il y a lieu du nom de jeune fille)* :			
	b) Date de naissance / / Profession actuelle et antérieure :			
2	a) Avez-vous soumis une ou plusieurs propositions d'assurance vie qui ont été refusées, ajournées, surprimées, acceptées avec restriction ou qui sont en attente d'acceptation ?	☐	☐	Auprès de quelle(s) Compagnie(s) ? Date : / / Décision : Motif de la restriction :
	b) Etes-vous titulaire d'autres contrats d'assurance décès ou invalidité ? *(hors prévoyance collective)*	☐	☐	Auprès de quelle(s) Compagnie(s) ? Total des montants en cours assurés : Date de souscription : / /
3	a) Sports pratiqués *(y compris aviation)* :	☐	☐	Lesquels ? *(voir les questionnaires spécifiques à compléter)*
	b) Envisagez-vous de vous déplacer, de séjourner, ou de résider hors d'Europe *(UE, AELE)*, Amérique du Nord, Japon, Australie, Nouvelle-Zélande, Hong-Kong, Singapour ?	☐	☐	But : ☐ professionnel ☐ tourisme, loisirs Où *(pays, villes)* ? Fréquence : ☐ régulière ☐ occasionnelle Quand : ☐ au cours des 12 prochains mois ☐ futur
4	a) Consommez-vous des boissons alcoolisées *(quantité par jour)* ?	☐	☐	☐ Vin cl ☐ Bière cl ☐ Apéritif cl ☐ Alcool cl
	b) Fumez-vous ou avez-vous fumé *(quantité par jour)* ?	☐	☐	☐ Cigarettes ☐ Cigares ☐ Pipes Date d'arrêt éventuel : / / Motif :
	c) Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants *(drogues)* ?	☐	☐	Lesquels ? Jusqu'à quand ?
5	**Pour les personnes de sexe féminin :**			
	a) Grossesses antérieures ?	☐	☐	Combien ? Complications éventuelles :
	b) Êtes-vous enceinte ?	☐	☐	De combien de mois ? Complications éventuelles :
	c) Prenez-vous des anticonceptionnels ?	☐	☐	Lesquels ?
	d) Avez-vous effectué une mammographie au cours des cinq dernières années ? ***Pour toute mammographie de moins d'un an, joindre la copie du compte-rendu.***	☐	☐	Date : / / Résultat :
6	a) Veuillez nous indiquer votre taille et votre poids :	Taille cm		Poids kg
	b) Avez-vous perdu du poids au cours des 12 derniers mois ?	☐	☐	Combien de kg :
	c) Cette perte de poids est-elle intentionnelle ?	☐	☐	Motif :
7	a) Veuillez nous indiquer votre tension artérielle habituelle :	Tension artérielle habituelle : /		
	b) Est-elle traitée ?	☐	☐	Depuis quand ? / / Chiffres avant traitement : /
8	a) Vous trouvez-vous en arrêt de travail ?	☐	☐	☐ Total ☐ Partiel Depuis : Pourquoi ?
	b) Avez-vous été, durant les 5 dernières années, incapable de travailler pendant plus de 21 jours consécutifs ou non consécutifs ?	☐	☐	Quand ? Durée : Pourquoi ?
	c) Etes-vous bénéficiaire d'une rente d'invalidité ? ☐ Civile ☐ Militaire	☐	☐	Motif : Taux : % Depuis quand ?
9	a) Avez-vous consulté un médecin au cours des 12 derniers mois ?	☐	☐	Quand ? Pourquoi ?
10	a) Prenez-vous des médicaments régulièrement ou recevez-vous des soins médicaux ?	☐	☐	Médicaments / Soins : Pourquoi ? Depuis quand ?
	b) Avez-vous été au cours des 5 dernières années, traité médicalement pendant plus de 21 jours consécutifs ?	☐	☐	Pourquoi ? Traitement : Dates de début : / / et de fin de traitement : / / Résultat :
	c) Avez-vous subi un traitement par substances radioactives, une chimiothérapie ou une transfusion sanguine ?	☐	☐	Pourquoi ? Quand ? Durée du traitement : Résultat :
	d) Avez-vous déjà bénéficié ou bénéficiez-vous de l'exonération du ticket modérateur *(prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale)* ?	☐	☐	Date : / / Pourquoi ?

Compléter la page suivante >>

NOM et Prénom de la personne à assurer

SNCQUSA-2

		NON	OUI	Si OUI, merci de préciser impérativement :
11	Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants :			**Préciser l'affection ou le symptôme, localisation, motif, date, durée, date de guérison, séquelles éventuelles.**
	a) Tuberculose, paludisme, amibiase, maladies sexuellement transmissibles ou infection conséquence d'une immuno-déficience acquise **ou toute autre maladie infectieuse ou parasitaire** ?	☐	☐	
	b) Diabète, hypercholestérolémie, goutte, affection de la thyroïde *(goitre)* **ou toute autre atteinte du système endocrinien ou du métabolisme** ?	☐	☐	
	c) Anémie, anomalie de la coagulation, de la moelle osseuse, leucémie **ou toute autre maladie du sang** ?	☐	☐	
	d) Stress, anxiété, surmenage, névrose, dépression, psychose, tentative de suicide **ou toute autre atteinte psychiatrique** ?	☐	☐	
	e) Paralysie, accident vasculaire cérébral, épilepsie, sclérose en plaques, sciatique, **ou toute autre maladie du système nerveux ou des muscles** ?	☐	☐	
	f) Surdité, enrouement, troubles de la vue **ou toute autre maladie de l'oreille, du nez, de la gorge ou de l'oeil** ?	☐	☐	
	g) Malformation ou souffle cardiaque, oedème, douleur thoracique, palpitations, artérite, varices, hypertension artérielle, angine de poitrine, maladie coronarienne, infarctus du myocarde, troubles du rythme **ou toute autre maladie de l'appareil cardio-vasculaire** ?	☐	☐	
	h) Bronchite chronique, asthme, emphysème, tuberculose **ou toute autre maladie de l'appareil respiratoire** ?	☐	☐	
	i) Hémorragie digestive, troubles de l'oesophage, de l'estomac, de l'intestin, du côlon ou du rectum, affections du foie *(hépatite, cirrhose)*, de la vésicule ou du pancréas, hernie **ou toute autre maladie de l'appareil digestif ou atteinte de l'abdomen** ?	☐	☐	
	j) Albuminurie, affections des reins, des voies urinaires *(coliques néphrétiques, cystite)*, des organes génitaux **ou toute autre maladie de l'appareil urogénital** ?	☐	☐	
	k) Psoriasis, kyste **ou toute autre maladie de la peau** ?	☐	☐	
	l) Ostéoporose, lumbago, hernie discale, arthrose, douleurs dorsales **ou toute autre maladie des os ou des articulations** ?	☐	☐	
	m) Tumeur **ou toute autre maladie ou invalidité non citée plus haut** ?	☐	☐	

Joindre une copie des documents médicaux en votre possession réalisés au moment du diagnostic et dans le cadre du suivi de la pathologie.

		NON	OUI	
12	Avez-vous été accidenté ?	☐	☐	Quand ? Nature des blessures : Séquelles éventuelles :
13	a) Avez-vous été opéré ou hospitalisé ? ***(communiquer les comptes rendus opératoires et histologiques des interventions réalisées et le compte-rendu d'hospitalisation)***	☐	☐	Quand ? Durée : Pourquoi ?
	b) Devez-vous être hospitalisé prochainement ou subir une intervention chirurgicale ?	☐	☐	Quand ? Pourquoi ?
14	a) Vous a-t-on fait au cours des 5 dernières années *(sauf examens réalisés pour cette proposition d'assurance)* un électrocardiogramme, une radiographie du thorax, une analyse de sang ou une analyse des urines ? ***(joindre le résultat des examens anormaux)***	☐	☐	Nature de(s) l'examen(s) : Motif : Date(s) : Résultats :
	b) Avez-vous ou non subi au cours des 5 dernières années un test de dépistage des sérologies, portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou celui de l'immunodéficience humaine, dont le résultat a été positif ? ***(joindre le résultat des examens anormaux)***	☐	☐	Nature de(s) l'examen(s) : Motif : Date(s) : Résultats :
15	Avez-vous été soumis à d'autres investigations au cours des cinq dernières années : endoscopie, électroencéphalogramme, échographie, scanner, scintigraphie, artériographie, ECG d'effort, IRM, enregistrement polysomnographique. ***Dans tous les cas, joindre la copie du résultat.***	☐	☐	Nature de(s) l'examen(s) : Motif : Date(s) : Résultats :
16	Quel est votre médecin habituel *(nom et adresse)* ?			Nom : Adresse :
17	Avez-vous autre chose à déclarer ?			

Je soussigné (Nom et Prénom)

Fait à , le / /

certifie avoir répondu sincèrement aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé. J'autorise les médecins et les autres personnes interrogées par la société à donner confidentiellement à son service médical les renseignements demandés en relation avec le contrat d'assurance.

✗

Signature de la personne à assurer

MERCI DE JOINDRE TOUS LES JUSTIFICATIFS MÉDICAUX DEMANDÉS.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle changeant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour MetLife entraîne la nullité de l'assurance (art. L. 113-8 du Code des Assurances). Le présent questionnaire doit être adressé sous pli confidentiel à : MetLife - DIP - à l'attention du Médecin Conseil - Cœur Défense - Tour A - 110 Esplanade du Général de Gaulle - 92931 LA DEFENSE Cedex.

Février 2014

EXAMEN MEDICAL (EM)

EXAMED-1





Le médecin est prié de répondre à toutes les questions, de commenter les éventuelles anomalies constatées, et de signer le présent examen.
REMARQUE : le médecin examinateur est prié de vérifier l'identité du proposant et de reporter le n° de sa pièce d'identité.

1 **NOM et Prénom de la personne à assurer** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Pièce d'identité N° ____

		NON	OUI	Si OUI, merci de préciser impérativement :
2	Avez-vous déjà soigné la personne à assurer ?	☐	☐	Quand ? ____ Pour quelles pathologies ? ____
Constitution				
3	a) Taille	____		cm *(résultat de la mensuration)*
	b) Poids	____		kg *(résultat de la pesée)*
	c) Périmètre du thorax	____		cm en inspiration ____ cm en expiration
	d) Circonférence de l'abdomen	____		cm
Généralités				
4	a) Existe-t-il des anomalies congénitales et de croissance ?	☐	☐	Lesquelles ? ____
	b) Y a-t-il des difformités ou des malformations *(thorax, colonne vertébrale, membres, etc...)* ?	☐	☐	Lesquelles ? ____
Habitudes				
5	a) Les occupations ou les habitudes de la personne à assurer peuvent-elles nuire à sa santé ?	☐	☐	Lesquelles ? ____
	b) Y a-t-il des signes suggérant une consommation d'alcool excessive,des indices d'abus de tabac, de médicaments ou d'usage de stupéfiants ?	☐	☐	Lesquelles ? ____
Système endocrinien et métabolisme				
6	Votre examen met-il en évidence une anomalie ?	☐	☐	Laquelle ? ____
Psychiatrie				
7	Y a-t-il des troubles du comportement ou des signes pouvant évoquer une affection psychiatrique ?	☐	☐	Lesquelles ? ____
Système nerveux et muscles				
8	Constatez-vous une symptomatologie évocatrice d'une atteinte du système nerveux ou d'une myopathie ?	☐	☐	Laquelle ? ____
Organes sensitifs				
9	a) Y a-t-il une affection de l'appareil auditif ?	☐	☐	Laquelle ? ____ D. : ____ G. : ____
	Y a-t-il une baisse de l'acuité auditive ?	☐	☐	Degré : ____ D. : ____ G. : ____
	b) Y a-t-il une affection des yeux ?	☐	☐	Laquelle ? ____ avant correction: OD ____ OG ____
	Nécessite-t-elle une correction ?	☐	☐	après correction: OD ____ avec ____ dioptries OG ____ avec ____ dioptries
Appareil cardio-vasculaire				
10	a) L'aire cardiaque est-elle agrandie *(à l'examen)* ?	☐	☐	Importance ? ____
	b) Troubles du rythme ?	☐	☐	Lesquelles ? ____
	c) Constatez-vous une anomalie des bruits du coeur ?	☐	☐	Laquelle ? ____
	d) Entendez-vous un souffle cardiaque ?	☐	☐	☐ Systolique ☐ Diastolique Intensité : ____ Où ? ____ Comment se propage-t-il ? ____ Irradiation ? ____ Le souffle est-il organique ? ☐ Oui ☐ Non diagnostic : ____
	e) Existe-t-il une anomalie du pouls radial, carotidien, fémoral, tibial postérieur ou pédieux ?	☐	☐	Siège : ____ ☐ Droit ☐ Gauche Cause : ____ Importance : ____
	f) Troubles du système veineux, oedème, troubles trophiques ?	☐	☐	Lesquels ? ____ Importance : ____

Compléter la page suivante >>

NOM et Prénom de la personne à assurer

EXAMED-2

		NON	OUI	Si OUI, merci de préciser impérativement :
Tension artérielle :				**Systolique** **Diastolique**
11	Est-elle traitée ?	☐	☐	Depuis quand ?
	- Si les chiffres tensionnels sont supérieurs à 13,7/8,7, veuillez effectuer un contrôle en fin d'examen après repos. Contrôle éventuel :			Systolique Diastolique
Pouls				
12	- Si fréquence inférieure à 60 ou supérieure à 90, veuillez effectuer un contrôle en fin d'examen. Résultat du contrôle :			**Fréquence du pouls :** /mn
Appareil respiratoire				
13	a) Votre examen met-il en évidence une anomalie ?	☐	☐	Laquelle ?
	b) Examen radiologique *(déjà réalisé)* ?	☐	☐	Date : / / Résultat ?
Appareil digestif				
14	a) La langue, le pharynx et les amygdales ont-ils un aspect pathologique ?	☐	☐	Lequel ?
	b) La palpation de l'abdomen décèle-t-elle un état pathologique ?	☐	☐	Lequel ?
	c) Le foie est-il agrandi ?	☐	☐	De combien de cm ? Consistance
	d) La rate est-elle agrandie ?	☐	☐	Palpable sur cm - Cause :
	e) Y a-t-il une hernie, une éventration ?	☐	☐	Siège : - Bilatérale : ☐ Oui ☐ Non
Appareil urogénital				
15	a) Y a-t-il des indices d'une affection des organes génitaux ou des seins	☐	☐	Lesquels ?
	b) Examen de l'urine **(*obligatoire*)** - *(l'urine doit être émise chez le médecin)*			
	albumine	☐	☐	Dosage éventuel : g/l Autres substances anormales
	sucre	☐	☐	Dosage éventuel : g/l
	sang	☐	☐	
	pus	☐	☐	
Peau				
16	Y a-t-il une affection cutanée ou des phanères ?	☐	☐	Laquelle ?
Ganglions lymphatiques				
17	Y a-t-il une augmentation du volume des ganglions lymphatiques ?	☐	☐	Siège ? Origine
Os, articulations et tissu conjonctif				
18	Votre examen met-il en évidence un état pathologique ?	☐	☐	Lequel ?
Conclusion				
19	a) Estimez-vous que le pronostic vital de cette personne est altéré ?	☐	☐	
	b) Faites-vous des réserves sur les risques d'invalidité totale ou partielle ou d'incapacité de travail ?	☐	☐	
	c) Remarques spéciales et suggestions :	☐	☐	

IMPORTANT : la société invite le médecin à s'abstenir, à l'égard de la personne à assurer ou de l'intermédiaire, de toute remarque qui pourrait faire préjuger de la décision de l'assureur.

Fait à , le / /

Cachet du médecin-examinateur

Signature du médecin-examinateur

✗

Veuillez SVP adresser directement ce rapport et la note de vos honoraires* (à concurrence du plafond de la Compagnie), accompagnés impérativement de la proposition d'assurance complétée et signée par l'assuré sous pli confidentiel à :
MetLife - DIP - à l'attention du Médecin Conseil - Cœur Défense - Tour A - 110 Esplanade du Général de Gaulle - 92931 LA DEFENSE Cedex.

** Les honoraires ne seront remboursés qu'à réception des documents originaux précités.*

Février 2014

Modification des informations
Personnelles et Bancaires

P-SNCMI-1



Partie réservée au souscripteur du contrat

Changement d'adresse

Si vous connaissez votre future adresse, complétez et remettez ce document à votre conseiller.

Nom / Prénom :

N° Police :

Ma nouvelle adresse :

Date de changement d'adresse : / /

Changement de coordonnées bancaires

Si vous changez de coordonnées bancaires, merci de nous en informer par courrier et de nous renvoyer un Relevé d'Identité Bancaire, Postal ou de Caisse d'Epargne.

Merci de préciser votre N° de police :

Retournez ce document à :

MetLife
Service Gestion Relation Clientèle
Cœur Défense - Tour A
110 Esplanade du Général de Gaulle
92931 LA DEFENSE Cedex

Si vous ne connaissez pas encore votre future adresse et/ou vos coordonnées bancaires, pensez au moment du changement, à renvoyer ce document directement à l'adresse ci-dessus.

www.metlife.fr

N° Azur : 0 810 002 706
PRIX D'UN APPEL LOCAL DEPUIS UN POSTE FIXE

Les informations recueillies sur ce document sont nécessaires au traitement de votre demande et à la gestion de votre contrat. Elles peuvent être transmises à des tiers intervenant dans ce cadre, tels que votre courtier ainsi que nos prestataires. Conformément à la loi Informatique et Libertés, vous pouvez vous opposer au traitement de vos données pour des motifs légitimes ou en obtenir communication, et le cas échéant rectification ou suppression, en adressant une demande écrite et un justificatif d'identité à MetLife - Correspondant Informatique & Libertés - Coeur Défense - Tour A - 110, Esplanade du Général de Gaulle - 92931 LA DEFENSE Cedex. Vous pouvez également vous opposer à ce que vos données soient utilisées à des fins de prospection en adressant un courrier à l'adresse indiquée ci-dessus.

MetLife Europe Limited. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de « *private company limited by shares* », immatriculée en Irlande sous le numéro 415123.
Succursale pour la France 100 Esplanade du Général de Gaulle, 92400 Courbevoie. 799 036 710 RCS Nanterre.
MetLife Europe Insurance Limited. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de « *private company limited by shares* », immatriculée en Irlande sous le numéro 472350.
Succursale pour la France 100 Esplanade du Général de Gaulle, 92400 Courbevoie. 798 956 314 RCS Nanterre.
Siège social de MetLife Europe Limited et MetLife Europe Insurance Limited: 20 on Hatch, lower Hatch Street, Dublin 2, Irlande. MetLife Europe Limited et MetLife Europe Insurance Limited (agissant toutes deux sous le nom commercial MetLife) sont réglementées par la *Central Bank of Ireland*.

MetLife

MetLife est un acteur international de premier plan en assurance-vie et en prévoyance salariée. À travers le monde, dans plus de 50 pays, 90 millions d'assurés font confiance à MetLife.

En France depuis 40 ans, MetLife et ses 330 collaborateurs proposent des offres de prévoyance à des hommes et des femmes, particuliers, professionnels et entreprises. Grâce à sa capacité à prendre des risques et à sa parfaite maîtrise des circuits de distribution, MetLife offre des solutions adaptées et performantes pour répondre aux particularités de chacun.

En s'appuyant sur des milliers de courtiers indépendants, MetLife commercialise de l'assurance emprunteur individuelle et des garanties de prévoyance. Son savoir-faire commercial, médical et financier lui permet d'apporter des réponses personnalisées à ses clients, et notamment en cas de problème de santé, d'âge ou de capitaux élevés, de sport ou profession à risque.

MetLife Europe Limited. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de « *private company limited by shares* », immatriculée en Irlande sous le numéro 415123. Succursale pour la France 100 Esplanade du Général de Gaulle, 92400 Courbevoie. 799 036 710 RCS Nanterre.

MetLife Europe Insurance Limited. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de « *private company limited by shares* », immatriculée en Irlande sous le numéro 472350. Succursale pour la France 100 Esplanade du Général de Gaulle, 92400 Courbevoie. 798 956 314 RCS Nanterre.

Siège social de MetLife Europe Limited et MetLife Europe Insurance Limited: 20 on Hatch, lower Hatch Street, Dublin 2, Irlande. MetLife Europe Limited et MetLife Europe Insurance Limited (agissant toutes deux sous le nom commercial MetLife) sont réglementées par la *Central Bank of Ireland*.

SNC_LIASSE_0214



www.metlife.fr